

الدكتور محمد خضر الحلبي

الكتاب الأول

كتاب

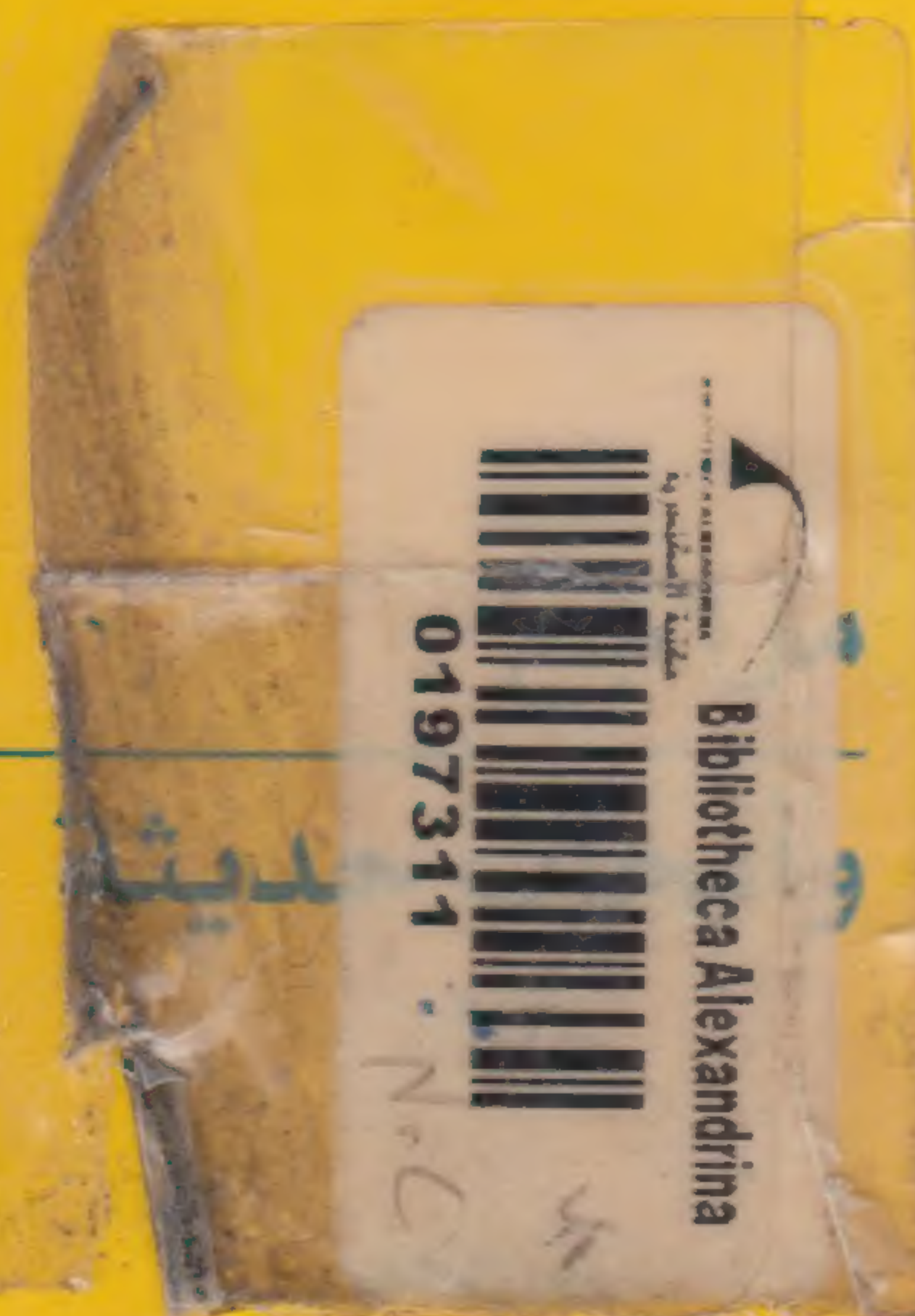
مخصص للأهل



الطرق الجديدة في

الطب النفسي والعصبي

للأطفال والمراهقين



تيضاني نور الحلبي
العمر : ٥ سنوات

تقدير وشكر

أود أن اشكر الدكتور مروان عويضة بروفيسور في الطب للأمراض الداخلية والجراثومية - المركز الطبي في الجامعة الأميركية في بيروت لمراجعته الكتاب الأول ، والدكتور نبيل ميقاتي طبيب نفسي في بيروت لمراجعته الكتاب الثاني والدكتور منير خاني ، بروفيسور ورئيس قسم الطب النفسي والعصبي في المركز الطبي في الجامعة الأميركية في بيروت لمراجعته الكتاب الثالث

كما واود ان اشكر زوجتي آمال،أخصائية في علم الاجتماع لمساهمتها في قسم الأبوة
في الكتاب الأول

وأوجه بجزيل الشكر للسيدة رندة المصري صاحبة لمساعدتها في ترجمة الكتاب الأول

جدول المحتويات

الفصل	الاسم	الصفحة
الجزء الأول: نمو الطفل		
١-	النمو الطبيعي للطفل	٣
٢-	نظريات في نمو الطفل	٣١
الجزء الثاني: الأساليب الجديدة في التربية الأهلية		
٣-	الطبيعية - تقنيات التربية الأهلية	٥٥
٤-	أفكار في النظام الفعال	٦١
٥-	تقديرات الذات - بناء تقدير الذات	٦٧
٦-	نمو مهارات التعلم عند الأطفال	٧٣
٧-	مساعدة الأطفال لإثبات الوجود	٨١
٨-	مساعدة الأطفال للتعبير عن المشاعر	٨٧
٩-	تخفيف الضغط عند الأطفال	٩١
١٠ ✓	السلوك الجنسي في الطفولة والمراهقة	٩٧
١١ ✓	النمو الطبيعي في المراهقة	١٠٣
١٢	مسلكتيات الكذب عند الأطفال	١٠٩
١٣ (X)	السرقعة عند الأطفال	١١٣
١٤	الإنتهاك العاطفي للأطفال	١١٧
١٥	الإنتهاك الجسدي للأطفال	١٢٣

جدول المحتويات

الفصل	الاسم	الصفحة
	الجزء الثالث: الأعراض الرئيسية للأمراض النفسية في مرحلة الطفولة والمراهقة	
١٦	الرهاب-القلق ومخاوف الأطفال	١٣٥
١٧-	سلس البول والغائط	١٤١
١٨-	مشاكل النوم عند الأطفال	١٤٧
١٩- ✓	التصرفات العدوانية لدى الأطفال	١٥٥
٢٠-	البدانة في مرحلة الطفولة	١٦٣
٢١-	اعراض التلوع في مرحلة الطفولة	١٦٩
٢٢-	الانتحار عند المراهقين	١٧٧
٢٣-	اعراض الهستيريا عند الأطفال	١٩١
٢٤-	تأثيرات الطلاق عند الأطفال	١٩٥
٢٥-	اعراض الانتهاك الجنسي عند الأطفال	٢٠١
٢٦-	الأعراض السلوكية في داء الصرع عند الأطفال	٢١٣
٢٧-	الأعراض النفسية في الأمراض الجسدية المزمنة عند الأطفال	٢٢٥
٢٨-	اعراض التعرض للرصااص عند الأطفال	٢٣٣
٢٩-	الأعراض النفسية عند الأطفال من ذوي الأهل المدمنين على الكحول	٢٣٧
	الفهرس	٢٤٣

الجزء الأول

نمو الطفل

النمو الطبيعي للطفل

الفصل ١

أحد أهم أفراح الحياة هو مشاهدة الأطفال حين يخطون إلى مراحل مختلفة من النمو. رغم أن جميع الأطفال يمرون بمراحل تنموية متشابهة، إلا أنهم لا يمرون بها بالضرورة في نفس السن.

لكي يكون العمل بفاعلية الحد الأقصى مع الطفل، على أي شخص أن يتفهم نموذجه أو مثاله الفردي ومعدل نموه. بكلمات أخرى، إن الأطفال يستعدون جسدياً، عقلياً، وعاطفياً لمتطلبات معينة في أوقات معينة.

قد يكون متوقعاً من الطفل أن يختلف كثيراً عن غيره ممن هم في سنه.

فليس هناك شيئاً إلزامياً typical لسن الخامسة، السادسة، السابعة، أو الثامنة، لأن كل طفل يختلف عن الآخر. إن اضطرابات السلوك، التعلم، والنمو الجسدي يجب أن تدرس مرتبطة بالنمو الطبيعي للطفل. ونمو الأطفال ينتج عن تفاعل ديناميكي بين الطبيعة والتطبع أو بين الأسباب البيولوجية والمحيط.

قد تضمنت مراقبات نمو الطفل أوصافاً ومقاسات لأسس ظاهرية Objective مثل الطول، الوزن، النطق، الطاقة الحركية، والأداء العقلي، إضافة إلى التغيرات الأكثر باطنية Subjective في المشاعر والمواقف والمدرجات. يستخدم تعبير "الحالة التنموية" للتعبير عن المجموع الكلي لجميع القياسات المتنوعة والمستويات الوظيفية في أي مرحلة معينة من حياة الطفل.

نظريات نمو الطفل تكافح لإيجاد علاقات قانونية بين الاتجاهات المتنوعة

في النمو والآليات التي تبرز من خلالها التغيرات. إن السيكولوجية الفريدة لكل فرد تتجزأ بواسطة بنية جسدية، تشريحية، فيزيولوجية، وبيوكيميائية تتقرر جزئياً في الجينات. والعدد الممكن لأنواع الجينات يفوق كثيراً، حتى مع التقديرات المتحفظة، عدد جميع الناس الذين مروا على هذه الأرض. وفيما عدى التوائم المتماثلة، فإن كل بنية جينية للفرد لا تشابه أي فرد آخر.

لقد تم وصف خمسة مراحل من النمو الحركي حسب نوع الأوضاع والمهارات

الحركية المكتسبة. وهذه تتضمن: التحكم بالعنف، الجلوس بمفرده، الحبو الزحف، الوقوف، والمشي. إن النضوج الحركي لا يتبع أوقاتاً إلزامية منظمة، فالجلوس دون مساعدة مثلاً لا يسبق دائماً عملية الزحف أو الدبيب. إن كل طفل يبدو أنه يتبع خطته الخاصة في النمو حتى أنه يوجد تراكبات من مختلف المراحل والأوقات المتغيرة للسيطرة على زمام مهارات محددة.

الإدراك- إن عملية تحرير المعلومات الحسية لتصبح أجزاء كاملة ذات معنى بواسطة الجهاز العصبي المركزي هي ما نسميه "الإدراك".

الإدراك البصري هو القدرة على اختيار وتنظيم المثيرات Stimulus البيئية للرؤية، التي تتمثل بالضوء المباشر أو المنعكس الذي تتلقاه العين وتنقله من العصب البصري Occipital Lobes إلى الفص الخلفي للدماغ من أجل التحليل المركزي.

الإدراك السمعي هو اختيار وتنظيم المثيرات السمعية الملائمة. وهو يعتمد معاً على وجود الآلة السمعية الفاعلة والقشرة Cortex السمعية السليمة الموجودة في الفص الصدغي Temporal Lobes.

إن اللمس، الألم، الحرارة والإحساس بحركة العضلات تشكل **الجهاز اللمسي**. ولكي يحصل الفرد على الصورة الكاملة للعالم الخارجي، لا يجب فقط أن تكون كل أجهزته الحسية سليمة، بل أيضاً أن تكون المعلومات المنقولة من الحواس مركبة Synthesized مترابطة ومحللة. من المعروف أن الأطفال الذين يتمتعون بنماذج حسية طبيعية Modalities قد يعانون صعوبة في تحليل، أو تلقي المعلومات من جهازين أو أكثر. هذه الحالة ترتبط بشكل خاص بأطفال يعانون خلا عصبياً أو نقصاً عقلياً حيث قد تكون صعوباتهم التعليمية على علاقة بفشل في تحليل وتركيب مثيرات متعددة وتكوين الانطباعات الصحيحة من حاسة ما من المعلومات الواردة من قنوات أخرى.

إدراك الذات - إن الصورة العقلية التي يدركها كل فرد عن جسمه تسمى صورة الجسم Body Image . هذه الصورة تعمل كنواة متفاعلة Integrative للفرد، وتحدد معنى وأهمية تجاربه.

ارتكازاً إلى رسومات الشكل الإنساني، تم الاستنتاج أن أجزاء مختلفة من الجسم تكتسب السيطرة في عقل الطفل في مراحل تنموية مختلفة. مثلاً، الأطفال في سن الرابعة أو الخامسة يضمنون رسوماتهم الفم والعيون، ولكنهم عادة لا يرسمون الأذن حتى السن الثامنة أو التاسعة. إن الاضطرابات في صورة الجسم قد لوحظت في رسومات اليافعين ممن يعانون خللاً عصبياً، إهمالاً أو انتهاكاً جسدياً أو جنسياً أو إجباطاً، ولوحظت في تقارير شغوبية من أطفال يعانون من الذهان والأوهام الجسدية، ومراقبين يعانون من القهم العصبي anorexia nervosa ومبتورين يظنون أن لديهم طرفاً وهمياً.

اكتساب النطق - إن معرفة اللغة تنتج عن تفاعل التركيبية الأولية الموجودة في الدماغ عمليات النضوج، والتفاعل البيئية.

تلقي اللغة Receptive Language - حسب بياجه Piaget (١٩٢٦)، إن تلقي اللغة، مثل غيرها من المدركات تكون في البداية انطباعاً عالمياً أو كلياً: يفهم الطفل بداية المعنى العام للرسالة الشغوبية، وبعدها يبدأ باكتشاف المعنى الدقيق لكل كلمة مع أهميتها الخاصة في الجملة. **خلال السنوات الأولى، يكون تلقي اللغة أكثر تقدماً من التعبير اللغوي لكل كلمة.** يستوعب معظم الأطفال اتجاهات بسيطة، قبل أن يتمكنوا من التعبير عن رغباتهم بكلماتهم الخاصة بفترة طويلة. إن دور الدوافع وفترات الانتباه في نمو اللغة الواعية أو تلقي اللغة يستمر ليبقى موقفاً للاستكشاف.

اللغة التعبيرية Expressive language - عند حوالي الأسبوع الرابع من العمر، ينتج الرضيع أصواتاً متنوعة. خلال الفترة السابقة لنطق اللسان، تصبح مكافاتهم وهدلهم أكثر توسعاً مع مرور الوقت، فإذا بالأصوات التي تشابه الأحرف المعتلة والساكنة في كل اللغات قد بدأت بالتكون. حين بلوغ ٦ إلى ٨ أشهر، تصبح الثرثرة أكثر وضوحاً. وعند بلوغ السنة، يتمكن غالبية الأطفال من تكوين بضع كلمات ملحوظة مثل ماما و بابا. لقد أورد غيزل Gesell ١٩٦٤ أنه في السنة الثانية من العمر يمتلك غالبية الأطفال مخزوناً كلامياً من حوالي ٢٧٠ كلمة، ويستخدمون عبارات تتكون من اسم وفعل. وحين بلوغ السادسة يزيد مخزونهم حوالي ١٠ أضعاف، وتصبح جملهم أطول، ويمكنهم الدخول في محادثات كاملة تتعلق بأحداث ومشاعر تختص بهم ويعبرون عن انطباعات وأفكار تتناسب مع سنهم. إن وضوح المفاصل الكلامية عند الطفل، والألفاظ المركبة، وحجم مخزون الكلمات، تتأثر بمتغيرات بيئية مثل الثقافة الأهلية، وكمية التفاعل الكلامي بين أفراد العائلة والطفل.

إن تبادل الأفكار، والتعبير عن المشاعر والانطباعات، تشكل جزءاً من وظيفة الكلام. يتعلم الأطفال بسرعة أن اللغة يمكن أن تستخدم للتأثير في التغييرات في بيئتهم الاجتماعية واكتساب ردات الفعل المرغوبة ممن حولهم. إن مناداة الأسماء، المداعبة، التعبير عن عدم القدرة أو الحاجة للمساعدة، والاتهامات هي نشاطات شفهية يراد منها كسب ردات فعل عاطفية وتنظيم المسافة الانفعالية والعاطفية بين الطفل والآخرين. هكذا، عندما يعلن الطفل الذي يعاني فرط الوقاية لأمه: "أنا أكرهك"، قد لا يعبر فعلياً عن حقيقة مشاعره ولكنه يصبو لخلق مسافة انفعالية عاطفية بينه وبين أمه. إن المتعة عند سماع المديح ومشاعر التآلم التي تتبع كلمات عدم الموافقة، هي عناصر تنظيم للنمو الاجتماعي Socialization .

النمو العقلي - هناك أهمية لا بأس بها تتركز على الذكاء لأنه يشير إلى قدرة الطفل الكامنة Potential للتعلم وقد يعطي أيضاً بعض الدلائل

**المتعلقة بأسباب سلوك الطفل. متوسط نسبة الذكاء IQ هو 100٪،
بكلمات أخرى، إن الأطفال ذوي الذكاء المتوسط يظهرون ترابطاً مائة بالمائة
بين سنهم الجسدي وسنهم الفكري. مثلاً: الطفل المتوسط في سن العاشرة
جسدياً هو أيضاً في سن العاشرة عقلياً فهو يفهم ويفكر مثل معظم الأطفال
في سن العاشرة. أما الطفل الذي يمتلك نسبة ذكاء 120 فهو المميز بشكل
مميز من معظم الأطفال في عمره. من جهة أخرى، أي طفل يمتلك نسبة ذكاء
80 هو أقل ذكاء من متوسط نسبة أطفال جيله.**

**الأطفال الذين ينجزون معدلاً متوسطاً، من اختبارات الذكاء يتمتعون عادة
ببعض القدرات التي تفوق بنسبة ضئيلة معدل الوسط، وبعض القدرات التي
تتخلف قليلاً عن المعدل. عندما تضاف هذه القدرات "الزائدة" و "الناقصة"،
تكون النتيجة "معدلاً وسطاً". لذلك يعمل معظم أطفال "نسبة الوسط" تحت أو فوق
مستوى سنهم.**

**هناك بالطبع، بعض الأطفال الذين يزيدون كثيراً، أو يقلون كثيراً بذكائهم عن
غيرهم من أبناء جيلهم.**

**إذا كان هؤلاء الأطفال يستمتعون ببنية جسدية وعقلية صحيحة فإن تفوقهم أو
تراجعهم في بعض القدرات قد يعود إلى الاختلافات الطبيعية. وهذا يتقرر عادة في
وقت التلقيح Conception - تسعة أشهر قبل ولادتهم. إذا أن الضغط على الطفل
لا يغير هباته الطبيعية، بل يزيد قيوده قيوداً عاطفياً انفعالياً. من المؤكد أن أي
الأبوين، أو المعلم الذي يتعدى بدراية كل باقم ليعطي أفضل ما عنده
ويخفض الضغوط عليه، هو من يتمتع بالحكمة. إن الاختلافات العقلية بين
الأطفال لها العديد من الدلائل الهامة. "بإعطائي نفس الواجبات لكل التلاميذ، ما**

هي المعوقات التي أحملها لبعض الأطفال؟" و "ما هي الحسنات أو الامتيازات التي امنحها للآخرين؟" هذه بضعة نماذج من أسئلة قد يطرحها المعلم أو أحد الأبوين على نفسه.

النمو الاجتماعي - إن القدرة على أن يصبح الطفل مدركاً ويبحث عن التواصل

مع غيره من الناس، تصبح ملحوظة بعد الولادة بفترة قصيرة عند الرضع من البشر. وأولى الدلائل الملحوظة حول اهتمام الطفل هي السلوك البصري للمواليد الجدد. إن الدلائل على التواصل بالعين ترد باكراً في الأسبوع الرابع من العمر. ويعتقد إن الانجذاب Attraction المدرك إلى وجه إنسان هو شيء غير مكتسب وظاهرية أساسية عند حديثي الولادة. وعند حوالي الشهر الثاني من الحياة تظهر البسمات الأولى للمواليد. بما أن البسمة والتواصل البصري عند الرضع يستثير عموماً سلوكاً متشابهاً ممن يعتنون بالأطفال فعند ذلك يبدأ تكوين الروابط الإنسانية. عند بلوغ حوالي الشهر السادس من العمر، يتساقص عدد البسمات الموجه للغرباء. فالنشاط المقابل من المعتنين بالطفل، يوطد التفاعل مع ممن يعرفهم الطفل ويوفر أسس سلوك الارتباط من جهة الرضيع. إن مظاهر الاجتماعية وإظهار صلة الارتباط تصبح ملحوظة في هذا السن. **الهدف من**

تكوين الصلة Bond formation هو تحضير الطفل للانضمام إلى الشبكة

الاجتماعية. إن آلية وأساليب التأهيل للمجتمع في معظم الحضارات، هي نتاج

مجموع التجارب الجماعية أكثر منها الفردية، البيولوجية، المزاجية، أو

الصفات التكوينية للطفل. القيم الحضارية وحدود الأمان تتطلب من العائلة

وضع حدود على تصرفات الطفل. خلال السنوات الثلاث الأولى، يكون تفاعل

الطفل مع أبناء سنه في حده الأدنى. رغم أن الأطفال قد يراقبون أو حتى يقلدون

نشاطات الآخرين، ولكنهم لا يلعبون معاً. فيما بعد، يصبح الطفل أكثر اهتماماً

بالتفاعل مع أقرانه والنشاطات الجماعية أكثر من الألعاب الفردية.

إن السهولة والمهارة التي يمكن للطفل أن يتفاعل بها مع أقرانه ويبدأ بإرساء

علاقات الصداقة تلعب دوراً هاماً بإحساسه بالقدرة والأمان. بعض الأطفال يميلون

للسيطرة على أقرانهم، بينما يصبح آخرون من التابعين. إن فرص التأهيل الاجتماعي المبكرة، التجاوب العاطفي، والتحرر من القلق هي عناصر ضرورية لنمو نماذج ناجحة في التفاعل مع الآخرين.

النمو الثقافي - إن سنوات الدراسة الأولى هي سنوات مهمة. في هذا الوقت يترك الطفل منزله ليتعاطى ويتنافس عادة مع غيره من الأطفال. هذا يستدعي عدة تعديلات جديدة. فهو يشعر بالغربة وعدم الأمان. إنها فترة قاسية في نموه يحتاج عندها إلى أهل ومعلمين يتعاطفون معه ويتفهمونه. **إن المشاعر التي تمنحه إياها في هذا السن تستمر على الأرجح لعدة سنوات. قد ينسى الكثير مما يتعلمه، ولكن المرجح أنه لن ينسى شخصيات من علمه والمشاعر التي جعلوه يعيشها.**

رغم أن معظم الأطفال يكونون على استعداد لفهم الكلمات والأرقام البسيطة حوالي سن السادسة، إلا أن البعض لا يبدوون هذا الاستعداد إلا لاحقاً. الراشدون الحكماء يحسون جهوزية الطفل للمتطلبات الجديدة، فالاهتمام هو دليل على الجهوزية للتعلم. والتركيز الشديد على الإنجازات المدرسية قد يدمر ثقة الطفل ويوتره، ويجعل التعلم أكثر صعوبة. إن أهل والمعلمين يجب أن ينسقوا مع درجة النضج التي يجدونها عند الطفل في كل مرحلة من عمره. **يجب أن يكون الصف مكاناً حيث نتحدى الأطفال حسب مستواهم الخاص، أكثر منه مكاناً حيث يطلب من جميع التلامذة أن يحققوا مستويات محددة سابقاً، لا مرونة فيها.**

إن طفل الخامسة ليس جاهزاً للتعليم المنظم، والكتابة والحسابات. ولكن **يمكنه تعلم عدة أشياء أخرى مهمة مثل التعاطي مع الآخرين بنجاح، أخذ الأدوار، اتباع التوجيهات وكسب المهارات الضرورية لجهوزية التعلم.**

إن تقدم الطفل في صفه الابتدائي الأول في السنة التالية، سوف يعتمد بشكل واسع على الخلفية التي كونها عندما كان في سن الخامسة. إذا حاول أهل والأساتذة

إجبار الطفل بشدة على الدراسة المنتظمة في سن الخامسة إلى السادسة قبل ان يكون جاهزاً لذلك، فسوف تكون ردات فعله متنوعة. قد يصبح عدائياً تماماً، يضرب الناس الذين يتوقعون منه الكثير. من جهة أخرى، قد يحس أنه ليس موازياً لموقعه، فيتراجع غالبية الوقت. سوف يتطور به الأمر ليكره هذا الموقع الذي وضع فيه تحت الضغط، ويشمئز من كل ما يتعلق به. إن ردات فعله لن تكون محبذة وربما تترك لديه انطباعات طويلة الأمد. **الصبيان والبنات لا يجب أن يستغفروا من أجل الوصول إلى الكمال. يجب أن نتوقع منهم الأخطاء والكثير من النسيان، فهم مجرد مبتدئين في التعليم.**

يجب تعليم الطفل عن بيئته الحالية، مجتمعه المنزلي ومدرسته. ويمكن المساعدة بالتحدث معه عن الأشياء التي يراها ويسمعها. عند بلوغهم سن السابعة، يفهم الأطفال عادة معنى الأيام، الشهور، والسنوات. مع ذلك، فالمناقشات حول أحداث حدثت منذ قرون مضت قد تربكهم. إن مفهومهم للوقت لم يتطور كلياً بعد.

في سنواته الابتدائية الأولى تكون حصر القصة شديدة الضرورة. سوف يتعلم الطفل كثيراً من قصص تقرأونها له، خصوصاً إذا ناقشتوها معه. ولكن في نفس مستوى أهمية المعرفة التي يكتسبها، يأتي الحب الذي يشعربه وهو يجالس أهله أو معلمته للاستمتاع بهذه القصة.

وإذا أعطي الطفل واجبات منزلية في صفه الابتدائي الثاني أو الثالث، فلنحول الواجب إلى تجربة مفرحة. إذا كان وقت الواجب وقتاً لا يسر الطفل فانه سوف يؤذيه بقدر ما يفيده.

النمو العاطفي - إن الرضيع حديث الولادة يعبر عن ضيقه بالبكاء وعن رضاه بمظهر هادئ. وقدرة الطفل لاختيار المتعة تعتمد على إحساسه الخاص بالسيطرة السيادة، وشعوره بالقبول والرضا ممن يعتنون به وغيرهم من الأفراد المهمين في حياته.

إن الطفل يعبر عن مشاعر الضيق الجسدي والعاطفي بالبكاء، النوم المتقطع، الباردة، وفقدان الشهية في مرحلة الرضاعة. عندما ينمو الطفل ليصبح اكبر، تترافق التعبيرات الشفوية عن مشاعره المجروحة ومزاجه السيئ مع الإشارات غير الشفوية.

من الصعب أن نحدد النمو العاطفي للطفل في مراحل مختلفة من عمره. ربما يكون من الأكثر ضرورة أن نعرف الحاجات العاطفية للبنيين والبنات. فيما يلي رؤوس أقلام لهذه الحاجات، بإبقائها حاضرة في الفكر يمكن مساعدته الأطفال لتنمية وظائف فاعلة طبيعية عندما يصبحون راشدين:

١. خلال سنواته الأولى، يجب أن يحصل الطفل على الثقة بالانتماء - بأنه مرغوب، ومفتقد في غيابه. النقد المتواصل يعني له أنه غير مرغوب به وأنه لا ينتمي.

٢. يحتاج الأطفال للإحساس بأنهم ناجحون وفاعلون. يجب أن تتناسب واجباتهم مع قدراتهم. المكافأة المادية لا ترضي بقدر الكلمة الطيبة المادحة والتشجيع.

٣. إن حياة صبي أو بنت صغيرة يجب أن تكون نسبياً محررة من الخوف. مجرد أن نقول للطفل أن لا يخاف، لا يزيل هذا الخوف. النقاش المتعاطف والعقلاني هو دائماً ذات فائدة هنا.

٤. **عندما يبدي الطفل إمرأاً مؤذياً له، يمكن للراشد أن يأخذ المبادرة ويدعمه بالمساعدة. لا يجب تطبيق قواعد السلوك باستخدام التهديدات المتكررة.**

٥. إن الأطفال من جميع الأعمار يحتاجون الكثير من الحب والحنان. انهم لا يحتاجون فقط أن نحبهم، بل أن نقول لهم إننا نحبهم. **لا يجب أن يبقى حبنا مشروطاً. لا يجب أبداً أن نقول لهم إننا نحبهم أو أن الله يحبهم، فقط عندما تكون تصرفاتهم جيدة.**

٦. **مشاعر الذنب واللوم** يجب أن تقلص للحد الأدنى. فالاطفال، مثل الكبار، ليسوا كاملين. ومن غير المفيد أن نلوم الطفل باستمرار. لا يجب أن نقوده للاعتقاد أن أحداً غير الله يتمتع بالكمال. ببساطة اتهم الطفل لا يقدم لنا الحل. والسلوك الفائق غير المرضي يجب تقليصه إلى الحد الأدنى.

٧. من الطبيعي أن الأطفال الصغار لا يمكنهم المساهمة في العائلة مثل الكبار. ولكنهم يحتاجون للإحساس بالمساهمة، تماماً كأنهم كباراً. يجب أن نفكر بأساليب لضمّ الأطفال الصغار بحيث يعرفون أنهم يساهمون بقسطهم من النشاطات في المدرسة وفي المنزل. لا يمكن لنا أن نتجاوز مساهمة الطفل، مهما كانت صغيرة.

٨. **من طبيعة الأطفال الاستكشاف والرغبة في المعرفة. أسئلتهم مهمة بالنسبة لهم، حتى لو لم تكن دائماً ذات أهمية للكبار. يجب أخذ أسئلة الأطفال بجدية كاملة. وربما يكون أكثر أهمية من الجواب الذي نعطيها، هو الأسلوب الودّي المفرح الذي نتلقى به أسئلتهم.**

٩. حاجة أخرى لجميع الأطفال هي الإحساس بالأمان الاقتصادي. هذا الأمان لا يعتمد على المصادر المادية، بل يعتمد أكثر على الأهمية التي نعطيها للأشياء المادية. جميع أهل والمعلمين يمكنهم مساعدة الأطفال كي يشعروا أنهم يملكون جميع الأشياء المهمة في الحياة.

تكوين المفهوم الذاتي - النمو الأفلاقي - إن المفهوم الذاتي يبدأ مبكراً منذ أوائل أيام الحياة عندما نحمل الطفل للمرة الأولى ونتحدث إليه. **الأهل هم طبيعياً الممانج الأولى** التي يتعاطى معها الطفل، على أي حال، إن إدراك الصغار للسلوك الأهلي قد يكون مختلفاً تماماً عما ينوي الأهل أو يتمنون أن يقنعوهم به. كذلك الجدود، الأخوة، والاخوات، المعلمون، المعارف، والشخصيات العامة تبدأ بتشكيل المفهوم الذاتي. عندما نلاحظ إنجازات الطفل ونشجعها، يبدأ بالشعور أنه يمكنه إنجاز الأشياء بمفرده.

كلما زاد إدراك الطفل لمشاعره حول إنجازاته، زاد إحساسه الإيجابي تجاه ذاته. التحقير من أهل خصوصاً من أخ أو أخت كبير، استخدام الألقاب اللاذعة التي لا يقصد منها المرح، والتعليقات الساخرة، هذه الأشياء هي الأكثر شيوعاً ضمن الأساليب الشفوية التي تجعل الطفل يبدأ بإدراك ذاته سلبياً في عالمه الصغير المعروف بالمنزل.

أطفال الجيرة يتألبون بسرعة على الصغار الذين يبدوون بمظهر الخاطئين ويستمرون بإعطائهم ألقاباً لاذعة لاتمام ما بدأتها العائلة.

الإشارة الأولى للراشد حول كيفية إحساس الطفل بذاته تأتي من ملاحظة الطفل في أوضاع مختلفة. يجب أولاً ملاحظة الطفل وهو برفقة من يكبرونه قليلاً. هل يسخرون من الطفل ويغيظونه؟ هل يتم إحباط الطفل بالقاب مثل "غبي" أو "أهبل"؟ الخطوة الثانية هي مراقبة الطفل برفقة من يقاربون سنّه. هل يبذل الطفل جهداً كي يشارك في النشاطات الجماعية؟ أو هل انه يبقى منزوياً ويجب تشجيعه للعب والتحدث مع غيره من الأطفال؟ عندما يطلب منه القيام بشيء يقوم به غيره من الاطفال، هل يكون رده عادة "لا أستطيع"؟

هل الطفل مقبول كندّ للآخرين أو انه يبدو خارج المجموعة إما باختياره أو باختيار المجموعة؟ **إن الطفل الذي يميل إلى الوحدة باكراً في حياته قد يكون بدأ فعلياً بالشعور أن الآخرين يرفضونه.** الإشارة الثالثة حول مفهوم الطفل لذاته هي ملاحظة الطفل في مواقف مختلفة مع الكبار. يجب أن نتوقع بعض الخجل مع الغرباء ومع من لا يراهم الطفل غالباً. إن الطفل الذي يكون دائم الخجل مع الكبار بينما غيره من الأطفال لا يكونون كذلك، يوجه رسالة حول بعض المشاعر الداخلية.

المفهوم الذاتي السلبي - إذا فكر الطفل بذاته كشخص محبوب، يبعث الفرح، وإذا عومل الطفل على هذا الأساس، عندها من المؤكد أنه سيستمر بنفس الأسلوب.

في المقابل، إذا كان نفس الطفل غير مستحب بتجنبه الناس ويعامل بقسوة، سيثبت عنده مفهومه السلبي لذاته ويصبح أقوى.

إن الطفل يرتبك من الإشارات أو الرسائل التي يتلقاها من وقت لآخر. مثلاً، يتلقى الطفل إشارة أنه ليس جيداً لفترة طويلة من الوقت. فجأة يبلغه شخص آخر أنه جيد أو أنه أتم عملاً حسناً، فيصبح الطفل مرتبكاً. بما أن إشارته هو أقوى وأقرب لذاته، سيميل الطفل لاثبات أنه لا يستحق التعليق الإيجابي. لهذا فأنه من الصعوبة بمكان أن نغير المفهوم الذاتي السلبي في فترة قصيرة من الوقت. على أي حال، قد يبدأ الصراع الداخلي بحل ذاته خلال بعض التعديلات حول المفهوم الذاتي، إذا استمر التفهم والتقبل بينما لا يزال الطفل صغيراً كفاية ليجترم أفكار وتعليقات أهله ومعلميه، واستمر هؤلاء الكبار بمعاملته كأنه مستحب وناقم. "ربما أنني لست سيئاً على أي حال" سوف تصبح جزءاً من عمليات تفكير الطفل. التعديل في المفهوم الذاتي سوف يعتمد على متغيرين، أهمية الأشخاص الذين يمتدحون أعمال الطفل وكمية الرسائل الإيجابية التي ترسل إليه.

ظواهر النمو والتطور لمختلف الأعمار والمراحل نجزها في الجداول ١ إلى ٥

جدول رقم ١

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور - الثقة ضد أو مقابل عدم الثقة -

مرحلة الحس الشفوي أو المرحلة الحسية الشفوية - Oral-Sensory Stage

السنة الأولى (من الولادة لعمر السنة).

جسدياً	حركياً	لفظياً/لغوياً
ميل للتركيز على الوجوه واللون الأحمر والأزرق.	شهران: يبقى رأسه مستقيماً حين نحمله.	يصدر أصواتاً من حنجرتيه ويتناقص بكأؤه في الأسبوع الثامن.
يدرك الاختلافات بين الأصوات.	٤ أشهر: يجلس مع بعض المساعدة، يمسك الأشياء، يتدحرج من ظهره إلى جنبه.	يصدر أصواتاً تشبه حروف العلة.
تجمع الأسنان، يحتاج ١٣ إلى ١٦ ساعة نوم يومياً.	٦ أشهر: يجلس في كرسي عالٍ، يحرك الأشياء من يدٍ إلى أخرى.	٤ أشهر: تبحث عيناه عن متحدث أو من يتحدث.
	٨ أشهر: يزحف، يقف مع بعض المساعدة	٥ أشهر: أصوات متشابهة للحروف الساكنة
		تنتج الهدل.
	١٠ أشهر: يجلس بسهولة، يدفع نفسه للوقوف.	٨ أشهر: يظهر ترنيم الكبار في هدله، يستخدم ألفاظاً من مقطعين.
	١٢ شهراً: يمشي بضع خطوات مع أو دون مساعدة، يحمل الطابة ويتركها.	١٠ أشهر: يفهم بعض الكلمات والإيماءات المتعلقة بها.
	١٤ شهراً: يقف بمفرده.	يقلد الكلمات وأصوات الأشياء.
	١٥ شهراً: يمشي بمفرده.	يصدر أصواتاً لعدة لغات ويمكن تماماً من لغته.

إرشادات للعناية بالطفل:

- أ- العلاقة من شخص لشخص هي الأفضل.
- ب- يجب تلبية الحاجات عند الطلب لبسط الثقة.
- ج- يحتاج الكثير من التواصل مع المعتني الأساسي به.

تنمة الجدول رقم ١

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور - الثقة ضد أو مقابل عدم الثقة -
مرحلة الحس الشفوي أو المرحلة الحسية الشفوية - (Oral-Sensory Stage)
السنة الأولى (من الولادة لعمر السنة).

الإدراك	المجتمع	الذات
لا وجود مستقل للأشياء.	بدء الارتباط من الولادة حتى ٣ أشهر. يستخدم الرضاعة، التمسك، خطف الأشياء، الابتسام، الملاحقة البصرية للحفاظ على القرب من المعتني الأساسي.	لا يظهر إدراكاً للجسد.
توترات وأحداث متعلقة بالحاجات الذاتية.	٦ أشهر: يبحث عن أحد الأبوين كعلاقة أساسية.	شهران: يكتشف يديه.
يرتبط الوقت بالشعور بالحاجة (أكل، نوم).	نتائج ناجحة عن ورطة تنتج أملًا وثقة ومعرفة أن الآخرين سيعتنون بالحاجات الأساسية.	٤ أشهر: يتسم لنفسه في المرآة.
٤ إلى ٨ أشهر: يحاول الحفاظ على إشارات مثيرة، الاهتمام تجاه الآخرين والأشياء. استمرارية الأشياء، البحث عن أشياء سبقت رؤيتها.	تركيز في الفم حول المتعة، الإطعام هو أكثر النشاطات إثارة.	٨ أشهر: لا يوجد مفهوم حول أين ينتهي جسده الخاص ويبدأ جسد شخص آخر.
إحساس سحري بالسببية.	التعبير عن الضيق بالبكاء الاستمتاع بالأصوات المهدئة.	١٠ أشهر: يستجيب لاسمة الشخص.

تنمية الجدول رقم ١

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور - الثقة ضد أو مقابل عدم الثقة -
مرحلة الحس الشفوي أو المرحلة الحسية الشفوية - (Oral-Sensory Stage)
السنة الأولى (من الولادة لعمر السنة).

الذات	المجتمع	الإدراك
١٢ شهراً: مع تطور استمرارية الأشياء يبدأ باستنتاج وجود أناس آخرين.	التعبير عن الخوف.	٩ أشهر: البحث عن أشياء مخبأة إدراك وجودها سابقاً في مكان معين.
	٩ إلى ١٢ شهراً: الارتباط بالنظر عن بعد، يبدأ الخوف من الغرباء، تركيز أحد الأبوين كعنصر أساسي.	يبدأ بتذكر الأحداث. ١٢ شهراً: الاستكشاف والتجربة.
	يلعب منفرداً ولكنه يمضي وقتاً أكثر باللعب مع أحد الأبوين.	١٢ إلى ١٨ شهراً: يفهم أن السبب هو خارج الذات، يبقى أو يتذكر أحداثاً أكثر لفترات أطول.

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور
الاستقلالية ضد أو مقابل الشك والعار أو الخجل
(المرحلة العضلية - الشرجية) (Muscular-Anal Stage)
من ١ إلى ٣ سنوات

جسدياً	حركياً	لفظياً / لغوياً
تغيرات الجسم: ينمو الدماغ حتى ٧٥ بالمائة من وزنه عند الكبار.	يركض، يسحب، يدفع الألعاب، يرمي الطابة، يملأ الملعة ولكنه يذلقها قبل إدخالها في فمه.	يقلد الأصوات التي يسمعها بسهولة.
ينام ١٣ ساعة يومياً.	يقفز، يركل، يحمل الكوب بيد واحدة.	يبدأ باستخدام جمل من ٣ إلى ٥ كلمات.
تظهر أضراس الأسنان.	يستخدم خربشة دائرية وعامودية.	يتحدث، يعبر للغير عن رغبة، أو طلب، أو انطباع.
الحجم المتوسط ٢٨ إلى ٣٠ bs والطول ٣٤ إلى ٣٦ إنش.	يمشي قفزا (يهوول).	يستخدم التصريح بصوت مرتفع لطرح الأسئلة.
	يبدأ بركوب الدراجة.	يعبر عن انفعالاته بالكلام - غاضب، حزين، سعيد.
	يبنى بالمركبات، يحاول وضع أشكال أساسية.	يدرك ويستوعب المشاعر.
	يلبس بمفرده.	يبدأ باستخدام مفردات الفعل للمستقبل.
	تفضيل اليد اليمنى أو اليد اليسرى.	يبدأ بملاحظة أسماء الألوان.

إرشادات العناية بالطفل:

علاقة شخص لشخص هي الأفضل حتى سن الثالثة، الخيار الثاني هو مجموعة صغيرة جداً من الأقران مع معتن رئيسي واحد يستطيع تأمين الفرص. الصراع الاستقلالية- الشك، يتم حله دون التهديد بالتخلي عن الطفل. فرص الألعاب المتوازية الضرورية، الأماكن التي تتطلب تعاوناً من الطفل هي ليست الخيار الأفضل للعناية بالطفل، هذه مرحلة من التركيز الذاتي (الأنسا) في الحياة.

تتمة جدول رقم ٢

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور
الاستقلالية ضد أو مقابل الشك والعار أو الخجل
(المرحلة العضلية - الشرجية) (Muscular-Anal Stage)
من ١ إلى ٣ سنوات

الذات	المجتمع	الإدراك
سنتان: بروز الوعي الذاتي.	العلاقة الإنسانية الأساسية مع الأهل.	بداية الفكر، الإدراك، التفكير قبل العمل.
يوسم نفسه باسمه الخاص.	يحاول الطفل أن يكتفي ذاتياً، والفرص لتجربة هذه المهارات تقود إلى الاستقلالية وتقدير الذات.	استمرارية الأشياء (Object permanence).
يعرف نفسه في المرآة.	اللعب المتوازي مع الأحران. يتناقص اللعب مع أحد الأبوين.	يبدأ باختيار السبب والنتيجة.
تملكية حادة وتركز ذاتي (الأنسا).	ينمي التعاطف، الخجل، الاحراج، والكبرياء.	يستعيد الأحداث.
يتكون المفهوم الذاتي بواسطة ما يسمعه عن نفسه (صورة سلبية أو إيجابية، لطيف أو عنيف، جميل أو غير جميل).	تظهر العدائية.	بداية مرحلة ما قبل الفاعلية preoperational symbolic الرمزية. يستخدم التخيل الفكري في ألعاب الكلام مع صور فكرية.

تتمة جدول رقم ٢

تطور الادعاء الخيالي.	٣ سنوات - يبدأ بتقبل الغياب (المؤقت) للأهل دون اعتراض، ويتقبل من ينوب عنهم.	يكشف أن سلوكه يعود إليه وحده.
تتأقض كمية التركيز الذاتي، يصبح أكثر قدرة لتقبل الآخرين.	٣ سنوات - يعرف جنسه ولكنه لا يعرف بأنه ثابت (يمتلئ بالخوف).	
يبدأ بفهم الوقت (اليوم - غدا).	تتغير قواعد الألعاب بأسلوب التركيز الذاتي.	
يحتاج أن تكون مكافأته فورية وحسية ملموسة، يكون حساساً للمدح والاهتمام.		
تبدأ مرحلة البديهية أو الوجدانية (الحدسية).		

جدول رقم ٣

ظواهر النمو والتطور

الانطلاق ضد أو مقابل الذنب (مرحلة عقدة أوديب) Genital-Oedipal Stage
من ٣ إلى ٦ سنوات

جسدياً	حركياً	لفظياً
النوم: ١١ ساعة يومياً.	يلتقط الطابة، يتوازن على قدم واحدة، يتجنب السقوط جيداً.	لغته تشابه لغة الكبار.
الأم أقل في المعدة وجهاز هضمي أكثر انتظاماً.	ينسخ الرسائل، الأرقام، يحاول تكوين الصور.	معدل مخزون الألفاظ: ٢٥٠٠ كلمة ثابتة، يستخدم روابط الكلمات وجملتين مركبتين أو أكثر.

تتمة جدول رقم ٣

	تزيد سرعة الركض، يتمكن من القفز.	التهابات أقل في الأذن. تزيد المسافة من الأذن الخارجية.
	زيادة تفاصيل أخرى في الأعمال الفنية.	تبدأ الأسنان الثابتة بالظهور.

إرشادات العناية بالطفل:

التفاعل مع الأقران في بيئته العناية اليومية تجربة إيجابية. يتمكن من اللعب المترابط (المقترن). يحتاج وقتاً نوعياً مع أهله لتشجيع وتطوير انطلاقاته. يبتعد عن الجنس المغاير له من أبويه ويحقق هويته (يتوحد) مع من يماثله من أهله في سن السادسة - العلاقة مع مثيله من الأبوين تتقاطع مع نموه.

تنمة الجدول رقم ٣

ظواهر النمو والتطور

الانطلاق ضد أو مقابل الذنب (مرحلة عقدة أوديب) Genital-Oedipal Stage
من ٣ إلى ٦ سنوات

الذات	المجتمع	الإدراك
الذات يفهم ذاته كجزء من كل.	العلاقة الإنسانية الأساسية مع العائلة.	تصنيف الأشياء بواسطة اللون والشكل.
يرى ذاته كجنس مختلف ويطور تفضيلاً لجنسه الخاص.	يدخل في نشاطات تشابه الكبار وصبر الأهل في إجابة الأسئلة تقود إلى الانطلاق اثبات التفاعل.	نمو جيد للذاكرة.
يستوعب ذاته كقيمة أخلاقية ذات أهداف للوصول إلى ذات مثالية (٥ إلى ٦).	يلجأ للعراك الجسدي كوسيلة لحل المشاكل.	يصبح منطقياً بحد أدنى طالما تعلق الأمر بتحويل وتعديل الأشياء.
يكون البادئ بالتفاعل.	دور الهوية الجنسية، في سن السادسة يستنتج ان جنسه ثابت ودائم.	الإبداع- تكوين جيد للرسوم.
يصبح الوعي متطوراً.	مركزية ذاتية أقل- حين يقارب السادسة- قدرة أكثر كثيراً على المشاركة.	مخططات خيالية.
	اللعب المقترف ٣ سنوات- يتوجه نحو اللعب المشترك. ٦ إلى ٧ سنوات، مفهوم الفريق أو المجموعة.	مكافآت تأتي من المعلومات الصحيحة يتبنى مستويات للأداء- يريد إسعاد الآخرين- المديح ضروري.
	يطور أسلوباً مميزاً في الاستجابة للآخرين.	يحب المرح الاحجيات والحزازير ويفهمها.

جدول رقم ٤

ظواهر النمو والتطور
الصناعة ضد أو مقابل الدونية (مرحلة الخفاء Latency Stage)
من ٦ إلى ١١ سنة

جسدياً	حركياً	لفظياً
النوم: ١٠ ساعات يومياً	زيادة الاكتساب في التنسيق ١ التحكم الحركي، قوة عضلية، رشاقة، دقة، جلد، مهارة يدوية.	يفهم المقارنات والاستعارات.
تطور جيد للإدراك.	تنسيق يدوي - بصري جيد.	اللغة كأداة ليس فقط للدلالة على الأشياء.
تغيرات الجسم لما قبل البلوغ.		يكتسب ٥٠٠٠ كلمة جديدة في هذه المرحلة من العمر.
جميع الأسنان ثابتة.		
معدل الحجم في سنّ العاشرة: ذكور: ١٧٨ bs١ طول ٥٩ انش. إناث: ١٧٧ bs١ طول ٥٩,٢ انش.		
فترة عملية ثابتة، بدأ القدرة على المنطق والعقل.	الجيرة المدرسة هي المصدر الأساس للعلاقات الإنسانية.	يطور مهارات جديدة تقود للإحساس الفاعلية.
تزايد الموضوعية، يظهر التفكير القياسي يفهم علاقة السبب - النتيجة.	يتعلم المنافسة يستخدم ذكاءه ومهاته ليكسب المديح في إنجازات تقود إلى التصنيع.	يتعلم الربح والخسارة.
المرح - يفهم افضل كيف يداعباً يطلق النكات.	تحديد النشاط ١ أو النقد يقود إلى الدونية	ينتج الأشياء.

تتمة جدول رقم ٤

المكان - يتمكن من تفسير المسافات البسيطة.	تناقص العراك الجسدي، المبارزات الآن كلامية.	يفرق بين اللعب والعمل.
تطور جيد للذاكرة.	بدء تعلم الدور الاجتماعي حول كيفية تصرف الصبي ١ الرجل أو الفتاة ١ المرأة.	الميل لربط الإنجازات الذاتية.

إرشادات العناية بالطفل:

نشاطات بنوية ١ مفهوم الرياضة كفريق ١ اللعب المشترك.
التشجيع الممكن ضروري.

جدول رقم ٥

ظواهر النمو والتطور
الهوية ضد أو مقابل التباس الهوية
(المراهقة - النضوج Adolescence - Puberty)
من ١٢ إلى ١٨ (٢١) سنة

جسدياً	حركياً	لفظياً
النوم: ٩ ساعات يومياً، (٨ ساعات في سن ١٦).	تزيد قوة قبضة اليد.	يزيد استخدام الألفاظ المتخصصة.
تغيرات الجسم، أي بدء الطمث، مشعر العانة، النشوء الأولي للثدي، تضخم الرحم، زيادة الخصيب، نمو الصفن (الأكياس)، نمو القضيب طولا وقطراً، حدوث القذف الأول (١٤)، تغير الصوت، اندفاع الطول، ظهور شعر الوجه.	المهارة الحركية غير متوازنة نتيجة اندفاع النمو حوالي ١٦ إلى ١٧ - تباطؤ في النمو وإعادة تنظيم الحركية وعضلات الأعضاء. رشاقة تحكم توازن متقدم. تحسن في قدرة الاحتمال.	مخزون الألفاظ حوالي ٥٠ ألف كلمة، ثم ٨٠ ألف في نهاية المرحلة. في الكلمات الوصفية يتم استخدام كلمات أكثر فهماً ومفاهيم أكثر تجرداً.

تنمة جدول رقم ٥

ظواهر النمو والتطور
الهوية ضد أو مقابل التباس الهوية
(المراهقة-النضوج Adolescence- Puberty)
من ١٢ إلى ١٨ (٢١) سنة

الإدراك	المجتمع	الذات
فترة فاعلية أساسية. إدراك المنطق العقلاني.	مجموعات الأقران ونماذج القيادة هي المصدر الأساس للعلاقات.	الانفصال - الفردية.
استخدام الإقناع أكثر من التهديد في المناقشات.	يرى الفرد نفسه فريداً وكاملاً ويحاول بسط هوية جنسية، عرقية، ومهنية. عدم القدرة على بسط هذه الأشياء يقود إلى الالتباس.	تطور مفهوم مظهر الشخص. صورة الجسد ارتكازاً على ثقافة الأقران.
الحلول تتضمن أجوبة خيالية وتفهم للظروف المخففة.	(المرحلة التناسلية- تركيز الأعضاء على المتعة والوصول إلى الاكتفاء من خلال الإثارة).	تركز الذات عند المراهق أو المراهقة، عالمه أو عالمها الأساسي هو النفسي، (كطفل كان هذا العالم هو الجسدي).
التجريد أو التفكير الفلسفي. تطور تركيز ذات المراهق أو المراهقة. الخيال.	التطور الأخلاقي- يبدأ بسط القيم والاتصال الاجتماعي علم الأخلاق الأسس تطور الروابط، تطور الاعتماد على الذات، القدرة على تكوين علاقات ناضجة.	البحث عن هوية، اعتبار الذات أداة ذات أدوار وتوقعات متعددة.

References

- Anthony BJ: In the blink of an eye: Implications of reflex modification for information processing: In: Ackles PK, Jennings JR, Coles MGH, (eds): Advances in psychophysiology (Vol I). Greenwich, London, JAI press, 1980.
- Ausubel, D., Sullivan, E. "Moral Development: in Theory and Problems of Child Development, D. Ausubel & E. Sullivan, Grune & Stratton, pp. 160-181. New York, 1970.
- Beiser H.R. on curiosity: A developmental approach. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, September 1981, 22(5), 517-210.
- Bemporad, J.R.; Child development in normality and psychopathology: New York: Brunner/Mazel Inc., 1980.
- Bench J: the auditory response. In: Steve V. (ed) Perinatal physiology. New York, Plenum, 1978.
- Berlin, I., Bibliography of child psychiatry. New York: Human science press, 1976.
- Bloom. L., Language development review. In Review of child development and research, ed. F.R. Horowitz. Chicago: University of Chicago Press, 1970-1971, 1970.
- Bornstein MH: Perceptual development across the life cycle. In: Bornstein MH, Lamb ME (eds): developmental psychology: An Advanced Textbook (3rd ed), Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1992.
- Bowlby J: A Secure Base. New York, Basic Books, 1988.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol 1: Attachment. New York, Basic Books, 1969.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol 2: Separation. New York, Basic Books, 1972.
- Bowlby J: Attachment and Loss Vol 3: Loss. New York, Basic Books, 1982.
- Brazelton, T. Berry and Als, Heidelise, Four Early Stages in the Development of Mother-Infant Interaction. The Psychoanalytic Study of the Child 24: pp. 249-269. Yale University Press. New Haven. 1969.
- Brown, R., and Bellugi, U. Three processes in the child's acquisition of syntax. Harv. Educ. Rev. 24:123-151. (1974).
- Bruner, j. Organization of early skilled action. Child Development. 44:1-11. (1973).
- Bruner, J., Oliver, R., and Greenfield, M. Studies in Cognitive Growth. New York: Wiley, 1966.

References

- Caims, G.F., and Butterfield, E.C. Assessing infants' auditory functioning, in B.F. Friedlander, et al. (Eds.), *Exceptional Infant: Assessment and Intervention*, vol. 2. New York: Brunner/Mazel, 1970.
- Camichael. L. The onset and early development of behavior. In *Manual of child psychology*. Vol. 1, 2nd ed. pp. 117-162. New York: Wiley, 1970.
- Changeux J-P: A critical view of neuronal models of learning and memory. In: Anderson P(ed): *Memory Concepts*: Elsevier, 1993.
- Cicchetti D; Ganiban J, Barnett D: Contributions From the Study of High Risk populations to understanding the development of emotion regulation. In Garber J, Dodge RA (eds): *The development of emotion regulation and dysregulation*. Pp. 10-18. New York, Cambridge University Press, 1991
- Cohen DJ; Caparule, BK; and Wetstone, H. The emergence of meanings and intentions: mother's dialogue children. *Psychiatric Clinics of North America* 2(1): 189-207, 1981.
- Davidson EH: *Gene Activity in early development*, Orlando, Florida, Academic Press 1986.
- Eccles JC: The cerebral cortex: A Theory of its operation. In: Jones EG, Peters A., (eds): *Cerebral cortex* (vol 2), New York, Plenum Press 1984.
- Eisenberg L. Normal child development. In *Comprehensive textbook of psychiatry*; 7th ed., H.I. Kaplan, and B.J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
- Elkind, D.: Piagetian Psychology and the practice of child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 5: 430-440, 1982.
- Epstein HT: EEG developmental stages. *Developmental psychobiology*. 13: 629-631, 1980.
- Erickson EH: *Identitive versus guilt. : Identity and the Life Cycle*. *Psychol. Issues*. 1: 71-82, 1960
- Erickson EH: *Childhood and Society* (2nd ed) New York, Norton 1963.
- Erickson EH: *Identity and the life cycle*. New York, International Universities Press 1969.

References

- Erickson, EH: Eight ages of Man. *Childhood and Society* pp. 217-271. Norton New York 1963.
- Gersumi GV: temporal organization of the auditory function: In: Gersumi GV (ed) *sensory processes at the neuronal and behavioral levels* (Rose J. Trans) pp. 80-111. New York, Academic Press, 1971.
- Gesell, A. *The first five years of life*. New York: Harper & Row, 1940.
- Greenfield P.M. Language, tools & Brain: the ontogeny and phylogeny of hierarchically organized sequential behavior. *Behavioral Brain Science* 14: 031-090-1991.
- Lewis M. *Clinical Aspects of Child Development*, 2nd edition, Lee & Febiger, Philadelphia, 1982.
- Kaplan, H., Freedman A., Sadock B., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7 edition. William & Wilkins, Baltimore, MD, 1991.
- Hine, F., Carson R., Maddox G., Thompson R., Williams R., *Introduction to behavioral science in medicine*, Springer-Verlag, New York, 1983.
- Simons R. C., & Pardes, H., *Understanding Human Behavior in Health and Illness*, Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 1977.
- Ingram, D. Current issues in child phonology, in D. Morehead and A. Morehead (Eds.) *Normal and Deficient Child Language*. Baltimore: University Park Press, 1976
- Inhelder, B. The sensory motor origins of knowledge. In *Early childhood. The development of self-regulatory mechanisms*, eds., D.N. Walcher and D.L. Peters, pp. 111-155. New York: Academic Press, 1971.
- Kohlberg, L., and Turiel, E. Moral development and moral education, in G. Lesser (Ed.), *Psychology and the Educational Process*. Chicago: Scott Foresman, 1971.
- Kohlberg L. Revisions in theory and practice of moral development. In *New directions in child development: moral development*, ed. W. Damon. San Francisco: Jossey Bass, 1978.
- Klein M: On the development of mental functioning. *International Journal Psychoanalysis*. 39:81, 1958.

References

- Louie R.S. The first three years of life: an overview of a new frontier of psychiatry: 127: 1407-13, 1971.
- MacNamara, J., Cognitive basis of language learning in infants. Psychol. Rev. 79:1-13, 1972.
- Mahler M, Pine F, Bergmann A: the Psychological Birth of the human Infant. New York, Basic Books, 1970.
- Mahler M.S.: The psychological birth of the human Infant: separation and individuation. New York, Basic Books, 1970.
- Mahler, Margaret S. Symbiosis and Individuation: The Psychological Birth of the Human Infant
Psychoanalytic Study of the Child. pp. 89-106. Vol 29 1974.
- Morely, M. the Development and Disorders of Speech in Childhood. Baltimore: Williams & Wilkins, 1970.
- Nelson K.E. : Aspects of language acquisition and use from 2 to age 20. J. Am. Acad. Child Psychiatry 16:504-607, 1977.
- Neubauer P.: The process of child development. New York: Jason Aronson, 1976.
- Neubauer P: The many meanings of play: Introduction. Psychoanal Study child 42:3, 1987.
- Piaget J: The Construction of Reality in Children. New York, Basic Books, 1904.
- Piaget J: The Origins of Intelligence in Children. New York, International Universities Press, 1902.
- Piaget, J. The Language and Thought of the Child. New York: Harcourt Brace, 1926.
- Piaget, J. The Moral Judgment of the Child. London: Kegan Paul, 1932.
- Purves D., Lichtman J. Principles of Neural development. Sunderland, MA: Sinaver 1980.
- Rutter M, Graham P, Chadwick O, et al: adolescent turmoil: Fact or fiction? J Child Psychol Psychiatry 17:30, 1976.
- Sander, Louis W., 11 Issues in Mother-Child Interaction. Rexford, E. et. al., (eds). Infant Psychiatry-A New Synthesis pp. 127-147. Yale University Press. New Haven, Conn. 1976.
- Spitz, Rene A. VII. The Role of Mother-Child Relation in the Infant's Development. The First Year of Life: A Psychanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. International Universities Press Inc. pp. 122-149. New York. 1970.
- Wender, PH.: Pederson, F.A.: Waldrop, M.F. Longitudinal study of early social behavior and cognitive development. Am. J. orthopsychiatry 37:691-696, 1967.
- Wender, PH.: Pederson, F.A.: Waldrop, M.F. Longitudinal study of early social behavior and cognitive development. Am. J. orthopsychiatry 37:691-696, 1967.
- Young, J.G. and Cohen, DJ.: The molecular biology of development. In Basic handbook of child psychiatry, ed. J.D. Noshpitz pp. 22-62. New York: Basic Books, 1979.

الفصل ٢

نظريات في نمو الطفل

الاقترب التتموي للطفولة يركز على مراحل تنموية يمر بها الأطفال. لقد تمّ التوسع في نظريات عديدة حول مفاهيم تنموية متنوعة. هذه المفاهيم تستمر بمناقضة أو منافسة بعضها البعض. في هذا الفصل تمّ إيجاز نظريات متعددة ومدارس في علم النفس باختصار. وقد اختيرت هذه النظريات لأنها الأكثر تأثيراً في تشكيل فهمنا لنمو الطفل.

سيغموند فرويد - Sigmund Freud - النمو النفس-جنسي: ركز "فرويد" على الطاقة النفس-جنسية كنوعية تميز مراحل النمو في دورة الحياة الإنسانية. وقد وصف مترات نمو الطفل كالتالي: المرحلة الشفوية (Oral Phase)، منذ الولادة حتى عمر السنة، مرحلة الشرج (Anal Phase)، ١ إلى ٣ سنوات، المرحلة البولية (Urethral Phase)، ٣ إلى ٤ سنوات، مرحلة عضو الذكر (Phallic phase)، ٤ إلى ٥ سنوات، الخفاء (Latency)، ٥ إلى ١١ سنة، والمرحلة التناسلية (Genital Phase)، ١١ إلى ٢٠ سنة.

خلال كل مرحلة يتم استكشاف النقاط المحددة بواسطة الغريزة الجنسية libido. وكل مرحلة تتميز بظهور قدرات جسدية وعقلية معينة تكون محددة بالفطرة. النظرة الأساسية عند فرويد هي أن التعاطي الناجح مع مراحل الطفولة ضروري جداً لوظائف طبيعية عند الكبار. وهكذا، فما يحدث عند الكبار يكون ذات نتيجة ضئيلة نسبياً.

من جهة أخرى، الوراثة في اكتشافات فرويد الثورية هي مفاهيم نشاط عقلي وصراعات بين وسائل العقل المتنوعة. أي (الوعي، ما قبل الوعي، والوعي الجزئي). على هذه الأسس تعلن الافتراضات النفس - ديناميكية إن النشاطات العقلية لا يمكن تفسيرها بدقة بواسطة ما نحن واعون لها. النشاطات العقلية اللاواعية تلعب دوراً هاماً في تحديد السلوك. لقد أظهر فرويد المعنى والهدف الذي يجب إيجاده حتى في السلوك الذي يظهر وكأنه محض صدفة أو أنه تافه. لقد بين كم أن السلوك يمكن أن يحدد بواسطة دوافع تكمن خارج الإدراك، وكيف أن

القلق، الصراع، وآليات الدفاع تؤثر وتشكل أعمال الإنسان، أهدافه، مشاعره، وأفكاره. لقد وسع نظاما في علاج جملة من الأمراض النفسية عبر تقنيات الربط الحر، تفسير الأحلام، وتحليل التحولات.

فيما سبق ١٩٢٣، كانت نظرية فرويد حول الشخصية تخطيطية (Topographic) في أساسها. أو ارتكازا إلى أنظمة اللاوعي، الوعي الجزئي، والوعي. إضافة إلى ذلك، ادخل النظرية البنوية Structured للـ "هو-ID"، الـ "أنا-Ego"، والـ "أنا العليا-Superego". أطلق فرويد تسمية الـ "ID" التي تعني باللاتينية "هو" على الجزء الفطري من الشخصية. أن الطاقات غير المقيدة المخزونة في الـ "هو-ID" يقود الفرد إلى أكثر الأعمال لا مسئولية، مثل تلك التي يقوم بها مولود جديد. وحسب فرويد: "لب وجودنا، إذا، يتشكل بواسطة الـ "هو" الخفي، الذي لا علاقة مباشرة له مع العالم الخارجي والذي هو في المتناول حتى لمعرفتنا الذاتية فقط من خلال وسط أو محيط لوسيلة أخرى في العقل. وضمن هذا الـ "هو" تعمل الغرائز العضوية، التي هي بذاتها تتركب من التحام قوتين أساسيتين (حب الجنس Eros والهدم Destructiveness). بنسب مختلفة وتتميز إحداها عن الأخرى بواسطة علاقتها بالأعضاء أو بأجهزة الأعضاء. السعي الوحيد لا غير لهذه الغرائز هو تحقيق الاكتفاء، الذي يرجى الحصول عليه عبر تحويلات معينة في الأعضاء بمساعدة أشياء من العالم الخارجي... أن الـ "هو" لا يعرف أي تحذيرات من أجل البقاء ولا أي قلق، أو ربما الأصح القول، أنه رغم تمكنه من إنتاج بعض عناصر حسية من القلق، إلا أنه لا يتمكن من الإفادة منها أو استخدامها. إن العمليات الممكنة داخل وفيما بين العناصر العقلية المفترضة في الـ "هو" (العملية الأساسية) تختلف كثيرا عن تلك المألوفة لدينا بواسطة الإدراك الواعي في حياتنا الفكرية والعاطفية، كذلك هي ليست عرضة لقيود المنطق النقدية، التي تقضي (أو تنكر) بعض هذه العمليات كونها فاسدة وتسعى لعدم القيام بها".

وصف فرويد الأنا أنه "مخلوق ضعيف يدين بالبقاء لثلاثة أسياد وتهدهد باستمرار ثلاثة أخطار مختلفة، من العالم الخارجي، من شوه libido الـ "هو"، ومن قسوة "الأنا العليا". هو فقط في غالبية الأحيان يذعن للتجاذبات حتى يصبح متملقا، انتهازيا وكاذبا، مثل السياسي الذي يرى الحقيقة ولكنه يريد أن يحتفظ بمكانه أمام الرأي العام".

عام ١٩١٤ أدخل فرويد تعبير الأنا-المثال "الذي سمي فيما بعد الأنا العليا". تتشكل "الأنا العليا" تحت تأثيرات البيئة وتمثل المتطلبات التي تملئها البيئة على "الأنا" والتي لا يستطيع "الأنا" أن يرقى إليها دائماً. إنها ضمير الفرد. عند الأفراد المصلحين جيداً، تلعب "الأنا العليا" دور النقد الذاتي، إنها تمثل الضمير والمعايير والنماذج التي يوافق عليها المجتمع، "الأنا العليا" تمثل الرمز الأخلاقي للفرد.

إن "الأنا العليا" الراشدة يجب أن تتخطى الممنوعات الأهلية البدائية. أما "الأنا العليا" للطفل الصغير فتتمثل: "ليس مجرد شخصيات الأهل ذاتهم بل أيضاً تقاليد الشعب، الأمة، والعائلة التي تنتقل عبرهم إضافة إلى المتطلبات الفورية للبيئة الاجتماعية التي يمثلونها. بنفس الطريقة، تأخذ "الأنا العليا" للفرد مساهمات ممن يخلق أهله وينوب عنهم، مثل المعلمين، الرموز المثيرة للإعجاب في الحياة العامة، أو المثاليات الاجتماعية العليا، خلال دورة نموه".

أنا فرويد Anna Freud - خطوط تنموية - تركز أنا فرويد في النمو على مفهوم الخطوط التنموية. هذه الخطوط تتضمن التقدم من الاتكالية إلى الاستقلالية، من تركيز الذاتية إلى روح الجماعة، من الانهماك بالجسد والألعاب إلى العمل، وخط سيادة على جسد الشخص ذاته.

أن خط أنا فرويد من تركيز الذاتية إلى روح الجماعة يمكن وصفه بالتسلسل التالي: عمر ١ إلى ٢ - يوصف الطفل بأنه يمتلك نظرة نرجسية أنانية موجهة إلى أشياء العالم المادي حيث ينظر إلى غيره من الأطفال وكأنهم مصدر إزعاج لعلاقة الأم - الطفل.

عمر ٢ إلى ٣ - التعاطي مع الأطفال الآخرين وكأنهم أشياء لا حياة فيها، العاب يمكن الإمساك بها أو دفعها فيما حولنا.

عمر ٣ إلى ٤ - التعاطي مع الأطفال الآخرين كزملاء مساعدين في إتمام واجب مطلوب، وتستمر علاقة الشراكة طالما استمر الواجب وتكون ثانوية بالنسبة إليه.

عمر ٤ إلى ٥- التعاطي مع الأطفال الآخرين وكأنهم شركاء أو أشياء لها حقها الخاص، حيث يمكن للطفل أن يعجب، يخاف، أو يتنافس معها.

خلال المرحلتين الأولى والثانية، الطفل بالقوة ليس اجتماعياً. المرحلة الثالثة تمثل المتطلبات الأدنى للاجتماعية وتأتي فقط بعد بسط بعض الأمان في علاقة الأم-الطفل. يكون الطفل عندها بين سن الثالثة والرابعة. هكذا، فإن كلاً من الخطوط أعلاه لها نماذج معايير تحددها معها مركبات نضج وناتج مرغوب يناسب كل مجتمع بمفرده. هناك أطفال على أي حال، وبسبب تأثيرات متنوعة، قد يصبحون مقيدون خلال دورة نموهم بواحد أو أكثر من هذه الخطوط. المراهقون أو الأطفال قد يختبرون صراع الأدوار بسبب صعوبات في انتقالهم أو تحولهم من الارتباط بالأهل، الموجهين، أو غيرهم من النماذج المناسبة.

أوجزت أنا فرويد أيضاً أربع خصائص عامة كعناصر مرسخة للنمو الصحي الجيد للأطفال، ما يعني قدرة عالية للفشل، طاقة تسام مرتفعة، استراتيجيات فاعلة في تدبر القلق وميول تقدم كمضاد للتقهقر.

لقد رأت النمو كشارع بطريقتين مع طاقة لكلٍ منهما أما للتقدم أو للتقهقر تتماشى مع خطوط تنموية خاصة ومنفصلة.

مارغريت ماهر - Margaret Mahler - نظريات مارغريت ماهر ترى مزعجات الطفولة كقيود تنموية أو تراجعات. في مرحلة التكافل (التعايش) منذ الولادة حتى ٤ أشهر) يصبح الارتباط مع الأم امتداداً للطفل في سعي لتحقيق الراحة. يتأثر الاتصال اللاشفوي. في مرحلة الانفصال - الفردية هناك أمران تنمويان، أحدهما هو إحساس بالانفصال عن الأم مع إرساء روابط معها، ولكن لا روابط حتى الآن تميز الذات عن الآخرين. أما الثاني فهو إحساس بالفردية حيث يحس الطفل الأشياء وينمي مسؤوليات حركية "المشي" ويبدأ بتنمية طراز مكافح وصورة ذاتية. وهناك أربعة مراحل جزئية في مرحلة الانفصال - الفردية:

١- الاختلاف Differentiation - (٥ إلى ١٠ أشهر) - الطفل يزحف، يتحرك بعيداً عن أمه وهناك عملية ترميز بين الأم والطفل. تستخدم الحواس لحكم في الانفصال.

٢- الممارسة - Practicing (١٠ إلى ١٨ شهرا) - يطور الطفل مشيه ويمتلك القدرة للحركة المستقبلية. هذا يكون أحيانا أسرع من الجهوزية العاطفية. ليس هناك ذاكرة ثابتة حتى ١٨ شهرا. يمكن للطفل أن يلاحظ الوجه، ولكنه لا يتمكن من استعادته في غيابه. فالأشياء توجد عندما ترتطم بالحواس. يحدث نمو للنماذج، الطفل يبكي فيحصل على الحليب. يمكنه ملاحظة الاخفاقات في النماذج المتوقعة

٣- استمرار الممارسة - Still practicing (١٢ شهرا) - يبدأ الطفل باستخدام الأشياء المتحولة عندما يتحرك بعيدا عن أمه.

٤- إرساء استمرارية الأشياء - Establishment of object permanence (١٨ شهرا) - يمتلك الطفل القدرة للاستعادة كما للملاحظة. لدى الطفل ذاكرة استحضارية يمكنها استرجاع الصورة عندما لا تكون الأم موجودة- هذه علامة قاسية في النمو وعلاقتها ضئيلة بالإرضاع.

مرحلة التقارب هي من ١٨ إلى ٢٤ شهرا- هناك طاقة حركية للتحرك بعيدا عن الأم. يحتاج الطفل إلى رموز أقل. يحتاج إلى الحركة ذهابا وإيابا كي يذكر لذاته استمرارية العناية.

استمرارية الأشياء (٢٤ إلى ٣٦ شهرا) - هناك تثبيت لاختبار الواقع- إذا كانت هذه المرحلة قد أنجزت دون ازعاجات يحس الطفل شعورا جيدا حول الاستقلالية الراضية للام، ويتمكن من احتمال الفشل دون شعور بأنه مهدد بالتخلي. يتمكن الطفل أيضا من الإحساس بالتناقض الوجداني دون أن يفصل بين الجيد مقابل السيئ.

ميلاني كلاين - Melanie Klein - نظرية علاقات الأشياء- أظهرت ميلاني كلاين نظرية العلاقات الداخلية للأشياء التي ترتبط وثيقا بالدوافع. كان من المعتقد أن القلق المعذب للطفل يرتبط بوضع الزوراني - الفصامي Paranoid-Schizoid position. هذا الوضع هو أسلوب الطفل الرضيع في تنظيم تجربة حيث جميع توجهات الأم والرضيع تنفصل إلى عناصر جيدة وسيئة. ويصل الطفل إلى وضع

الإحباط عندما يرى الأم بتناقض لأنها تمتلك توجهات سلبية وإيجابية معا ولكونها هدف لمزيج من مشاعر الحب والكره.

كانت "كلاين" أيضا تطبيقية في تحليل نمو الطفل واستخدام تقنيات اللعب حيث يستعمل الأطفال دمي وألعابا تمثل رموزا لمحلل بتكوين نفسيات حول هذه الألعاب.

دونالد وينيكوت - Donald Winnicott - نظرية علاقات الأشياء - كان وينيكوت أحد أهم الرموز في تطوير نظرية علاقات الأشياء. نظرية في التنظيم المركب للذات تتضمن الذات الحقيقية، التي تنمو في سياق بيئة استجابية مسؤولة توفرها أم صالحة.

كرس منظرو علاقات الأشياء مجمل اهتمامهم تقريبا بالأشياء - أي الأشخاص، أكثر منهم الدوافع والغرائز. هكذا، فالصراعات الأساسية في الحياة العاطفية لا تطغ بين "الأنا" والواقع أو "الأنا" والدوافع، إنما بين الذات والآخرين. طور وينيكوت أيضا مفهوم الشيء المتحول. عادة الملهاة، الحرام، أو الدبدوب، الشيء المتحول يخدم كبديل عن الأم خلال سعي الرضيع لينفصل ويصبح مستقلا. فهو يؤمن حسا مهدئا من الأمان في غياب الأم.

هاينز كوهت - Heinz Kohut - سيكولوجية الذات - أكثر ما يعرف كوهت بتطويره لسيكولوجية الذات. حسب هذه النظرية، تحافظ الذات على تماسكها عبر علاقاتها بالآخرين. إن حفظ تقدير الذات وتماسك الذات تعتبر أكثر أهمية من الجنسية أو العدائية. يولد الأطفال مع حاجات أكثر منهم مع دوافع غريزية. يصبح الأهل أشياء ذاتية لأطفالهم بواسطة تلبية لوظائف تنظيم الذات وتماسك الذات. ويكتسب الطفل حسا صحيا حول كيانه (من هو) عبر رؤية ذات واحدة تنعكس كمرآة من الآخرين بدقة وتعاطف. كتب كوهت أن الفشل التعاطفي عند الأم يقود إلى نمو قيود في مرحلة محددة عندما يحتاج الطفل لاستخدام الآخرين لتأدية وظائف أشياء الذات. كذلك، يقود الفشل التعاطفي عند أشخاص مهمين آخرين ينتج جرحا نرجسيا وفشلا في تطوير حس صحي ودقيق بالذات، يتضمن أساسيا طاقة متصدعة للتعاطف مع الآخرين.

جونى باولبى - John Bowlby - أرجع باولبى المراحل الاستجابية المحددة بيولوجياً لخسارة رابط شخصي. الرضيع يحتاج أن يكون قريباً من أمه أو من يوازيها من أجل الأمان والقوت. يصبح الانفصال أكثر احتمالاً تدريجياً مع نمو الطفل - عندما يُفصل الطفل فجأة عن أمه، تكون النتيجة استجابة انفصالية. أولاً، الاعتراض الغاضب بينما يحاول الطفل أن يجد أمه ويلفت انتباهها، ثم اليأس وأخيراً التشتت اللاتعاطفي. إن خسارة الرابط بين الطفل وأمّه هو "حدث الخروج" الأقصى، ويمكن رؤية الأعراض كنوع من اللوعة أو الإحباط.

بياجيه - Piaget - النمو الإدراكي - تركز نظرية بياجيه في النمو السيكلوجي على تنظيم النمو الإدراكي. إن فترة الذكاء الحسي - الحركي Sensorimotor intelligence - تمتد منذ الولادة حتى السنتين. وتتضمن النشاطات والمنجزات اكتشاف الرضيع للعالم عبر انطباعاتهم الحسية، نشاطاتهم الحركية والتنسيق. إنهم يتعلمون أن الأشياء توجد حتى لو لم تكن مرئية وأنها مستقلة عن أفعال الرضيع ذاته.

تمثيل ما قبل الفاعلية Preoperational representation يمتد من السنتين حتى ٧ سنوات. الأطفال لا يتمكنون حتى الآن من التفكير بصور ورموز والبناء على أسسها. ثم يتمكنون من تمثيل شيء بشيء آخر. يكتسبون اللغة. يلعبون ألعاب الادعاء، ويمزجون الواقع بالخيال.

التفكير البديهي - Intuitive Thought - هو من ٤ إلى ٧ سنوات. في هذه الفترة يسمى الذكاء بديهيًا لأن الأطفال لا يتمكنون من صنع إفادات عامة. يتراجع التركيز الذاتي حينما يصبح الأطفال قادرين على أخذ الأشخاص المرئيين الآخرين في الحسبان.

يبدأون بالتفكير الجماعي ورؤية العلاقات، ولكنهم يتمكنون من التماشي مع كل تصنيف واحد بمفرده. ويمكنهم حل بعض إشكاليات السبب والنتيجة. العمليات الثابتة - Concrete operations - تمتد من ٧ إلى ١١ سنة. يمكن للأطفال فهم الأسس المنطقية التي تنطق على الأشياء الخارجية الثابتة. يمكنهم التفكير بالشيء ضمن عملية كونه متحولاً أكثر من التفكير به كمجرد حالة موجودة. يمكنهم

استيعاب أكثر من توجه واحد لأي وضع، وتقدير أن خصائص معينة لشيء تبقى كما هي رغم التغييرات في المظهر، وتصنيف الأشياء في فضاء. يمكنهم تحمل مفاهيم مثل أطول وأقصر معاً في وقت واحد.

العمليات الأساسية **Formal operations** - هي فترة ما بعد ١١ سنة. المراهقون والكبار يمكنهم التفكير بتجرد. من الآن فصاعداً ليس تفكيرهم مقيداً بمعطيات الوضع الحالي لكنه يمكن أن يعمل بإمكانيات واحتمالات. هم يأخذون الحقيقة كتوجه واحد حول ما يمكن أن يكون. يمكن للمراهقين تخيل عوالم أخرى، خصوصاً المثالية منها. يمكنهم أن يعقلوا إفادات منطقية أو شفوية صرف. يصبحون منغمسين بفاعلية في عالم الأفكار ويعكسون نشاطهم الخاص في التفكير. ويمكنهم بناء أنظمة كاملة من المعتقدات.

ستيلا تشيس - **Stella Chess** - المزاجية - حسب تشيس وثورماس إن الأطفال قد بنوا أساليبهم مثل مستوى النشاط، الإيقاعية، اللهو، المثابرة، الطاقة، التكيف، المزاج، المدخل الحسي، والأقدام-التراجع. هذه الأساليب المميزة مستقلة عن محتوى أي تصرفات محددة. إذا، المزاجية تعبير يستخدم لوصف نزعات وميول خاصة وهناك بحث لدعم ثبات هذه الخصائص المزاجية.

الفضائل التسعة للمزاجية مع وصف مختصر لكل منها يظهرها الجدول رقم ١

جدول رقم ١

تسعة خصائص للمزاجية

مستوى النشاط	كيف هو نشاط الطفل عامة، منذ سن مبكرة؟ سرعة حركته.
اللهو	ما مدى سهولة الهاء الطفل؟ هل يمكنه الانتباه؟
المثابرة	هل يبقى الطفل متمسكا بشيء يحبه؟ ما مدى مثابرته أو عناده عندما يريد شيئا ما؟
التكيف	كيف يتعامل مع الطفل مع التحول والتغيير؟
التقدم - التراجع	ما هي استجابات الطفل الأولية للأشياء الجديدة - أماكن جديدة، أناس جدد، طعام جديد، ثياب جديدة؟
الطاقة	ما مدى ضجيج الطفل عامة، سعيدا كان أم لا؟ ما سعة طاقته؟
الإيقاعية	ما مدى تكهن الطفل بالنسبة لنومه، شهيته، وتبوله؟
المدخل الحسي	كيف يستجيب الطفل للمثيرات الحسية: ضجة، أضواء لامعة، ألوان، روائح، المن تذوق؟ هل ينزعج بسهولة؟ هل يثور بسهولة؟
المزاج	ما هو المزاج الأساسي للطفل؟ هل تسيطر استجاباته السلبية أم الإيجابية؟

بواسطة فهم هذه الخصائص التسعة، يمكن تصنيف أي مزاجية طفل موجودة في ظل خانة بالتسلسل من الأكثر سهولة إلى الأكثر صعوبة. على أي حال، لقد تبين أن ٣ مجموعات رئيسية هي ذات أهمية في مرحلة الطفولة. هذه هي الطفل السهل، الطفل الصعب، والطفل البطيء الإحماء Slow-to-warm-up.

بشكل عام يمكن تقدير أي طفل في كل خانة كما يظهر في الجدول رقم ٢

جدول رقم ٢

تقدير المزاجية

ميزة المزاجية	سهل	صعب
مستوى النشاط	منخفض	مرتفع
اللهو	منخفض	مرتفع
المثابرة	جيدة	ضعيفة
التكيف	جيد	ضعيف
تقدم - تراجع	تقدم	تراجع
الطاقة	منخفضة	مرتفعة
الإيقاعية	منتظمة	غير منتظمة
المدخل الحسي	مرتفع	منخفض
المزاج	إيجابي	سلبي

أريك اريكسون - Eric Erikson - النمو النفسي الاجتماعي - تركز نظرية اريكسون حول النمو النفسي الاجتماعي على قاعدة النشوء اللاينيوي Epigenetic. هذه القاعدة تفترض أن أي شيء ينمو له خطة، وكل جزء منه له وقت للهيمنة وهو ككل اعظم من مجموع أجزائه.

أوجز اريكسون ٨ مراحل للنمو النفسي الاجتماعي كما يظهر الجدول رقم ٣ أسفله:

جدول رقم ٣

مراحل أريكسون الثمانية للنمو النفسي الاجتماعي

المرحلة ١	من الولادة حتى السنة	الثقة ضد أو مقابل اللاتقة. حس شفوي .Oral-Sensory
المرحلة ٢	١ إلى ٣ سنوات	تلقائية ضد الشل والعار. الشرج-العضل .Muscular-anal
المرحلة ٣	٣ إلى ٥ سنوات	الانطلاق مقابل الذنب. آلية حركية- تناسلية. .Locomotor-genital
المرحلة ٤	٥ إلى ١١ سنة	الصناعة مقابل الدونية. الخفاء Latency.
المرحلة ٥	١١ إلى ٢٠ سنة	تحقيق الهوية مقابل الالتباس. النضج الجنسي .Puberty
المرحلة ٦	٢٠ إلى ٣٥ سنة	المودة مقابل الانعزال. الشباب اليافع .Young-Adulthood
المرحلة ٧	٣٥ إلى ٦٠ سنة	الإنتاج مقابل الركود. الرشد Adulthood.
المرحلة ٨	أكثر من ٦٠ سنة	الترابط مقابل اليأس. النضوج Maturity.

تتميز المرحلة الأولى بمعضلة نفسية اجتماعية حول الثقة مقابل عدم الثقة وموضوعها الأساسي هو التبادلية Mutuality مع المعتنين. في المرحلة الثانية المعضلة النفسية الاجتماعية هي التلقائية مقابل العار والشك والموضوع الأساس هو المماثلة Initiation. المرحلة الثالثة تتميز بمعضلة الانطلاق مقابل الذنب والموضوع الأساس هو تحقق الهوية Identification. سن الدراسة هي المرحلة الرابعة لنمو الطفل حيث المعضلة النفسية الاجتماعية هي الصناعة مقابل الدونية والعملية الأساسية هي الثقافة Education.

خلال المراهقة (المرحلة الخامسة) تصبح المعضلة النفسية الاجتماعية هي الهوية مقابل التباس الهوية والموضوع الأساس هو ضغط الأقران واختبار الأدوار Peer pressure and role experimentation. في المرحلة السادسة، مرحلة الشباب

اليافع، العضلة النفس-اجتماعية هي المودة مقابل الانعزال والعملية الأساسية هي التبادلية بين الأقران **Mutuality among peers**. خلال متوسط الحياة (المرحلة السابعة)، العضلة النفسية الاجتماعية هي الإنتاج مقابل الركود والعملية الأساسية هي الإبداع **Creativity**. في المرحلة الأخيرة، العضلة النفسية الاجتماعية هي الترابط مقابل اليأس والعملية الأساسية هي الاستبطان **Introspection**.

نظرية التعليم - **Learning theory** - في هذه النظرية، الصحة النفسية كما المرض النفسي هي نتيجة التعلم، أي أن التصرف يكتسب عبر المكافآت. تؤكد النظرية على الحاجة إلى التعزيزات، التي تحدد بأنها مثيرات تسبب إعادة الفعل.

في النظرية الكلاسيكية للتأقلم - **Classical Conditioning** - يمكن للمثير الذي استخرج التصرف سابقاً أن يستبدل بمثير آخر إذا أصبح هذا المثير مرتبطاً الأول.

حسب نظرية **B.F. Skinner's** التأقلم الاداتي (**Operant (Instrumental) Conditioning Theory**)، يعمل الأفراد لمحيطهم بإظهار عدة تصرفات. بعض هذه التصرفات تكافاً فتصبح أكثر تكراراً. أما الانقراض فيجلبه وقف التعزيزات. والتصرف الذي يكافاً جزئياً أو عشوائياً هو أكثر مقاومة للانقراض.

المتغير الخاص في نظرية التعلم أو التصرف يرتكز إلى مفهوم تعلم الشعور فقدان المساعدة **Learned helplessness**، تقترح هذه النظرية أن الأفراد المحبطين قد فقدوا كل قناعة انه يمكنهم تغيير أي شيء لانهم سبق وتعرضوا لفترة طويلة جداً لشروط عكسية خارجة عن سيطرتهم.

النظريات البيولوجية-التناسلية **Biological-Genetic Theories** - حسب النظريات البيولوجية، أن الأمراض الجسدية ونمو الشخصية يمكن فهمها بأفضل ما يكون بدراسة الهبة التناسلية والعمليات البيولوجية. على أي حال، تتأثر بيولوجية الطفل بشرط نفس-اجتماعية مثل السلوك العائلي كما بالعلاقات بأشخاص آخرين مهمين.

الملحق أ

بيان آرنولد غيزيل "Arnold Gesell's" التنموي

غيزيل- يتضمن الملحق أسفله جدولاً حول نمو الطفل حسب غيزيل. التركيز هنا على النمو العصب-حركي، الاجتماعي، اللغوي والعقلي.

مرحلة النمو	السن	غيزيل
المولود الجديد	حين الولادة	
الرضيع	شهر واحد	ردة فعل عامة للمثيرات. يركز عيونه على الشيء ويراقب الشخص.
	شهران	تتبع العينان الشيء المتحرك.
	٤ اشهر	يجلس دون مساعدة. يحاول الوصول إلى الخشيشة.
	٦ اشهر	يجلس بصلاية. يهدل للشخص.
	١٠ اشهر	يقف إذا ساعدناه. يشير بسبابته. يلعب "اختلاس النظر، Peek-a-boo ويلوح مودعاً. يعرف الأسماء التي تتردد كثيراً مثل اسمه واسم من يكبره أو اسم حيوان أليف.
	١٥ شهراً	يقف ويمشي بمفرده. يسمي الأشياء.
طفل يحبو	١٨ شهراً	يضع المركبات في مكانها المحدد. يستكشف الجوارير والمفروشات.
	سنتان	يلعب التقاط ورمي الطابة. يمكنه الركض. يصعد الأدراج بالاستناد إلى الحافة. يستعمل جملاً بسيطة. يقلد الآخرين بطي ورقة مرة واحدة. يصغي إلى القصص الموضحة بالصور.
ما قبل المدرسة	٣ سنوات	يخبر إذا كان صيباً أو بنتاً. يمشي إلى الخلف، ينسخ دائرة. يمكنه نزول الأدراج بمفرده.
	٤ سنوات	يستخدم المقص. يعد حتى أربعة. ينسخ مربعاً. يلعب مع غيره.

تتمة الملحق أ

بيان آرنولد غيزيل "Arnold Gesell's" التنموي

مرحلة النمو	السن	غيزيل
	٥ سنوات	يميز الأثقل من الأوزان. يكرر جملة من عشرة مقاطع.
الأحداث	٦ سنوات	يصف الأشياء العامة. يطيع أوامر مركبة بنجاح. يبين يده اليمنى وأذنه اليسرى.
	٨ سنوات	يعرف المماثل والمختلف بين شيئين من ذاكرته. يعد رجوعاً من ٠٢ حتى ١. يعد أيام الأسبوع.
المراعاة	النضج الجنسي	يستمر بأسلوب مماثل ولكن معقد خلال المراهقة.

References

- Anthony BJ: In the blink of an eye: Implications of reflex modification for information processing: In: Ackles PK, Jennings JR, Coles MGH, (eds): Advances in psychophysiology (Vol I). Greenwich, London, JAI press, 1980.
- Ausubel, D., Sullivan, E. "Moral Development; in Theory and Problems of Child Development, D. Ausubel & E. Sullivan, Grune & Stratton, pp. 160-181. New York, 1970.
- Baker H.S., Baker M.N.: Heinz Kohut's self psychology: An overview. Am J Psychiatry 111:1, January 1987.
- Baldwin, A. : Social-learning theory of child development, in A.L. Baldwin (Ed., Theories of Child Development. New York: Wiley, 1968.
- Beiser H.R. on curiosity: A developmental approach. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, September 1981, 20(5), 517-520.
- Bemporad, J.R.; Child development in normality and psychopathology: New York: Brunner/Mazel Inc., 1980.
- Bench J: the auditory response. In: Steve V. (ed) Perinatal physiology. New York, Plenum, 1978.
- Berlin, I., Bibliography of child psychiatry. New York: Human science press, 1976.
- Bloom. L., Language development review. In Review of child development and research, ed. F.R. Horowitz. Chicago: University of Chicago Press, 1970-1971, 1970.
- Bornstein MH: Perceptual development across the life cycle. In: Bornstein MH, Lamb ME (eds): developmental psychology: An Advanced Textbook (3rd ed), Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1992.
- Bowlby J: A Secure Base. New York, Basic Books, 1988.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol 1: Attachment. New York, Basic Books, 1969.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol 2: Separation. New York, Basic Books, 1973.
- Bowlby J: Attachment and Loss Vol 3: Loss. New York, Basic Books, 1982.
- Brazelton, T. Berry and Als, Heidelise, Four Early Stages in the

References

- Development of Mother-Infant Interaction. The Psychoanalytic Study of the Child 34: pp. 349-369. Yale University Press. New Haven. 1969.
- Brody S.: Psychoanalytic theories of infant development and its disturbances: A critical evaluation. Psychoanalytic quarterly pp. 526-596, 1982.
- Brown, R., and Bellugi, U. Three processes in the child's acquisition of syntax. Harv. Educ. Rev. 34:133-151. (1964).
- Bruner, j. Organization of early skilled action. Child Development. 44:1-11. (1973)
- Bruner, J., Oliver, R., and Greenfield, M. Studies in Cognitive Growth. New York: Wiley, 1966.
- Caims, G.F., and Butterfield, E.C. Assessing infants'auditory functioning, in B.F. Friedlander, et al. (Eds.), Exceptional Infant: Assessment and Intervention, vol.3. New York: Brunner/Mazel, 1970.
- Camichael. L. The onset and early development of behavior. In manual of child psychology. Vol. 1, 2rd ed. pp. 447-563. New York: wiley, 1970.
- Changeux J-P: A critical view of neuronal models of learning and memory. In: Anderson P(ed): Memory Concepts: Elsevier, 1993.
- Chess S, Thomas A: temperament in clinical practice. New York, Guilford Press, 1986.
- Chess, S. Temperament in the normal Infant. In Children with learning problems: readings in developmental interaction approach, eds S.G. Sapin and A.C. Nitzburg, pp. 291-301. New York. Brunner/Mazel, 1973.
- Chess, Thomas A: Origins & evolution of behavior disorders. New York, Brunner/Mazel, 1984.
- Cicchetti D: Ganiban J, Barnett D: Contributions From the Study of High Risk populations to understanding the development of emotion regulation. In garber J, Dodge RA (eds): The development of emotion regulation and dysregulation. Pp. 10-48. New York, Cambridge University Press, 1991.

References

- Cohen DJ: Caparule, BK; and Wetstone, H. The emergence of meanings and intentions: mother's dialogue children. *Psychiatric Clinics of North America* 2(1): 189-207, 1981
- Davidson EH-Gene Activity in early development, Orlando, Florida, Academic Press 1986.
- Eccles JC: The cerebral cortex: A Theory of its operation. In: Jones EG, Peters A., (eds): cerebral cortex (vol 2), New York, plenum press 1981.
- Eisenberg L. Normal child development. In *Comprehensive textbook of psychiatry*; 5th ed.,. H.I. Kaplan, and bJ. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.
- Elkind, D.: Piagetian Psychology and the practice of child psychiatry. *Journal of the American academy of Child Psychiatric*, 21, 5: 435-440, 1982.
- Epstein HT: EEG developmental stages. *Developmental psychobiology*. 13: 629-631, 1980.
- Erickson EH: Identitive versus guilt. : Identity and the Life Cycle. *Psychol..Issues*, 1: 71-82, 1969.
- Erickson EH: *Childhood and Society* (2nd ed) New York, Norton 1963.
- Erickson EH: *Identity and the life cycle*. New York, International Universities press 1969.
- Erickson, EH: *Eight ages of Man. Childhood and Society* pp. 217-271. Norton New York 1963.
- Flavell J.H. The developmental psychology of Jean Piaget, pp. 100-13. New York: Van Nostrand, 1963.
- Fraiberg, Selma 1: *The Magician*; 2: *Education Toward Reality. The Magic Years* Scribners. pp. 107-176. New York 1969.
- Freud A. The concept of developmental lines. In *the process of child development*, ed. P. Neubauer. New York: Jason Aronson, Inc., 1976.

References

- Freud A: The Writings of Anna Freud. Vol 1: Normality and Pathology. New York International Universities Press, 1960.
- Freud S. (1923): The Ego and the Id The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 19 pp. 2-63. London, The Hogarth press 1962.
- Freud S. (1923): The Ego and the id standard edition. London, The Hogarth press 1961.
- Freud S. The dissolution of the Oedipus complex. In Standard Edition. London: Hogarth Press, 1903 (19): 173-179, 1903.
- Freud S: an outline of psychoanalysis. New york, Norton 1940.
- Freud S: Beyond the pleasure principle. In: Strachey J(ed): The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vol 18 London, Hogarth Press, 1941a. (Originally published 1920).
- Gersumi GV: temporal organization of the auditory function: In: Gersumi GV (ed) sensory processes at the neuronal and behavioral levels (Rose J. Trans) pp. 80-114. New York, Academic Press, 1971.
- Gesell, A. The first five years of life. New York: Harper & Row, 1940.
- Greenfield P.M. Language, tools & Brain: the ontogeny and phylogeny of hierarchically organized sequential behavior. Behavioral Brain Science 14: 531-590-1991.
- Ingram, D. Current issues in child phonology, in D.Morehead and A. Morehead (Eds.) Normal and Deficient Child Language. Baltimore: University Park Press, 1976
- Inhelder, B. The sensory motor origins of knowledge. In Early childhood. The development of self-regulatory mechanisms, eds., D.N. Walcher and D.L. Peters, pp. 141-50. New York: Academic Press, 1971.

References

- Jossetyn, I.M. Concepts related to child development in the oral stage. J.Am. Acad. Child Psychiatry: 1:209-22, 1962.
- Kagan J. Preface; Chapter 1 - Guiding themes in human development. The nature of the child, xi-22. New York: Basic Books, 1982.
- Kagan, J. The form of early development. Arch. Gen. Psychiatry 36:1047-08, 1979.
- Kagan, J. The Nature of the Child. Book Review. Amer. J. Orthopsychiatry 56(1). Jan 1986, pp. 103-100.
- Kohlberg, L., and Turiel, E. Moral development and moral education, in G. Lesser (Ed.), Psychology and the Educational Process. Chicago: Scott Foresman, 1971.
- Kohlberg L. Revisions in theory and practice of moral development. In New directions in child development: moral development, ed. W. Damon. San Francisco: Jossey Bass, 1978.
- Klein M: On the development of mental functioning. International Journal Psychoanalysis. 39:82, 1958.
- Kohut H: The analysis of the self. New York, International Universities Press, 1977.
- Kramer, Y., and Rosenblum, L. Responses to frustration in one-year-old infants. Psychosom. Med. 32:243-257, 1970.
- Kraus, P.E: Yesterday's children: a longitudinal study of children from kindergarten into adult years
New York: Wiley, 1973.
- Levy, David - Oppositional Syndromes and Oppositional Behavior. In Harrison, S. and McDermott, J. (eds.) Childhood Psychopathology International Universities Press. Pp. 240-259. New York 1970.
- Lieberman AF, Paul JH: clinical applications of attachment theory. In Belsky J, Nezworski T(eds): clinical Implications of attachment. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1988, pp. 227-251.

References

- Lieberman AF, Weston DR, Paul JH: Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child development* 7: 199-209.
- Lourie R.S. The first three years of life: an overview of a new frontier of psychiatry: 127: 1407-62, 1971.
- MacNamara, J., Cognitive basis of language learning in infants. *Psychol. Rev.* 79: 1-13, 1972.
- Mahler M, Pine F, Bergmann A: the Psychological Birth of the human Infant. New York, Basic Books, 1975.
- Mahler M.S.: The psychological birth of the human Infant: separation and individuation. New York, Basic Books, 1975.
- Mahler, Margaret S. Symbiosis and Individuation: The Psychological Birth of the Human Infant
Psychoanalytic Study of the Child. pp. 89-106. Vol 29 1974.
- Morely, M. the Development and Disorders of Speech in Childhood. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.
- Nelson K.E. : Aspects of language acquisition and use from 2 to age 20. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 16: 554-607, 1977.
- Neubauer P.: The process of child development. New York: Jason Aronson, 1976
- Neubauer P: The many meanings of play: Introduction. *Psychoanal Study child* 42:3, 1987.
- Pavlov IP: Conditioned Reflexes: an investigation of the physiological Activities of the cerebral cortex.
London, Oxford University Press 1927.
- Pavlov IP: The scientific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals. *Science* 24: 612-619, 1906.
- Piaget J: The Construction of Reality in Children. New York, Basic Books, 1964.

References

- Piaget J: The Origins of Intelligence in Children. New York, International Universities Press, 1902.
- Piaget, J. The Language and Thought of the Child. New York: Harcourt Brace, 1926.
- Piaget, J. The Moral Judgment of the Child. London: Kegan Paul, 1932.
- Piajet: The origins of intelligence in children. New York, International Universities Press 1902.
- Purves D., Lichtman J. Principles of Neural development. Sunderland, MA: Sinauer 1980.
- Rutter M, Graham P, Chadwick O, et al: adolescent turmoil: Fact or fiction? J Child Psychol Psychiatry 17:30, 1976.
- Sander, Louis W., 11 Issues in Mother-Child Interaction. Rextford, E. et. al., (eds). Infant Psychiatry-A New Synthesis pp. 127-147. Yale University Press. New Haven, Conn. 1976.
- Silver LB: The Playroom diagnostic evaluation of children neurologically-based learning disabilities. J Am Acad Child Psychiatry 10:241-206, 1976.
- Simon B, Apfel R (eds): Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence. New Haven, CT, Yale University Press, in press.
- Skinner BF: Science and human behavior. New York, Free Press 1902.
- Skinner B.F: The behavior of organisms. New York, Appleton-Century crofts 1938.
- Skinner, B.F. : Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis, New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.
- Solnit AJ, Nordhaus B, Lord R: When Home is No Haven, CT, Yale University Press, 1992.
- Solnit AJ: A psychoanalytic view of play. Psychoanal Study Child 42:200, 1987.
- Spitz R: The First Year of life, New York, International Universities Press, 1960.
- Spitz, Rene A. VII. The Role of Mother-Child Relation in the Infant's Development.

References

- The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. International Universities Press, Inc. pp. 122-149. New York. 1960.
- Spitz, Rene A.: Hospitalism, Psychoanalytic Study of the Child, Vol I pp. 64-70, International Universities Press, New York, 1940
- Stern D.N. Preface; Chapter I, Exploring the infant's subjective experience: A central role for the sense of self; Chapter II, Implications for the therapeutic process of reconstructing a developmental past. The international world of the infant, viii-12; 207-277. New York; Basic Books, 1980.
- Stern D.N.: The interpersonal world of the infant. Chapter 1 pp.2-12, Basic Books. New York, 1980.
- Terr LC: Childhood traumas: an outline and overview. An J Psychiatry 148(1): 10-20, 1991.
- Thomas A, Chess S, Birch HG, et al: Behavioral individuality in early childhood New York, N.Y. University Press, 1963.
- Thomas A. and Chess, S. eds.: Development in middle childhood. In Annual progress in child psychiatry and child development, pp. 172-86. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Thomas, A. Current Trends in Developmental Theory. Amer. J. Orthopsychiatry 51(4). Oct 1981, pp. 580-708.
- Wender, PH.: Pederson, F.A.: Waldrop, M.F. Longitudinal study of early social behavior and cognitive development. Am. J. orthopsychiatry 37:691-696, 1967.
- Winnicott DW: Playing and Reality, New York, Basic Books, 1971.
- Winnicott DW: The Maturation Process and the Facilitating Environment, New York, International Universities Press, 1960.
- Young, J.G. and Cohen, DJ.: The molecular biology of development. In Basic handbook of child psychiatry, ed. J.D. Noshpitz pp. 22-62. New York: Basic Books, 1979.

الجزء الثاني

الأساليب الجديدة في التربية الأهلية

الفصل ٣ الطبيعية - تقنيات التربية الأهلية

الطبيعية: إن الأهل يهتمون طبيعياً بصحة وراحة أطفالهم . بعضُ الأهـل يَرون صغارهم طبيعيين ، بينما يقلقُ آخرون حول ما إذا كان طفلهم يعاني أي مشكلة . يُحبذُ الأهـل معرفة ما إذا كان طفلهم ينمو بالشكل الطبيعي ويساكن وينام بطريقة طبيعية . أهـلٌ آخرون يقلقون حول ما يقوله الطفل ويفكره خصوصاً بين العائلة والأصدقاء. يبقى بعض الأهـل الذين يقلقون حول النمو العاطفي الجيد لطفلهم ويقلقون حول تصرفات معينة في المدرسة والمحيط .

الأطفال هم على الأرجح طبيعيون ، عندما يتمكنون في السن المناسبة من التعلم في المدرسة ، يقيمون علاقات جيدة مع العائلة والأصدقاء، ويمكنهم من الإستمتاع بنشاط أوقات الفراغ .

العناصر التي يمكن أن تكون ضمن أسباب نمو مشكلة ما تتضمن بيئات معينة في المدرسة أو في البيت ، النمو العاطفي للطفل، وجود أو غياب شروط طبيعية معينة ، الوسط الاجتماعي للعائلة والطفل ووجود أو غياب عناصر مزمنة تُسبب المشكلة وتساعد هذه المشاكل لتستمر . بعضُ الأهـل قد يحتاجُ مساعدة ليكون أكثر فاعلية في التربية بينما قد يحتاجُ آخرون لإقتراحات حول كيفية التعامل مع المواقف الحياتية الضاغطة كما مع الصعوبات في مزاجية الطفل.

التقنيات التربوية الفاعلة: تقول (إيفلين ناون) عن الطفولة "ربما يحب الأهـل والمعلمون العمل بروية وحماس جديدين إذا توقفوا عن التفكير أنّ فيلم الطفولة لا يُمكنُ عرضه مرة ثانية " . هذا القول يضعنا جميعاً وجهاً لوجه أمام قصر وأهمية الطفولة . يحتاجُ المعلمون والأهـل لمعرفة الضرورة القصوى في العمل مع الأطفال . إذا لم نتمكن من الوصول إليهم اليوم ، قد لا نتمكن من الوصول إليهم غداً . أيامُ الطفولة هي الأيام الأكثر حساسية . تُظهر الدراسات البحثية أنّ الأطفال حسّاسون بشكل خاص خلال سنواتهم الأولى . أنا لا أتوقف أبداً عن التعجب أمام هذه الحقيقة المذهلة عندما يُطلبُ مني القيام بتقويم طبي .

أجزاء الحياة تبرز باكراً بشكل ملحوظ . جزء من مسؤولية تشكيل هذه الأجزاء يقع على الأهل . يحتاج الأهل للحفاظ على المستويات الثابتة في الحد الأدنى . المخلوقات الإنسانية ليست مجرد آلات . المستويات لا بأس بها ولكن الثابتة منها نادراً ما تساعد الحياة سلسلة من التكيفات .

يحتاج الأهل لتجنب الصدمات غير الضرورية للإرادة والتنبيه للإكثار من

الانتقادات. فهي نادراً ما تقدم حلاً وتميل إلى بتر روابط الثقة والصدقة . علينا تشجيع الطفل ليقول ما يحسه تجاه الأشياء . نتحدث إليه بأسلوب هاديء ساكن . فهذا يساعد لتصفية أفكاره ويمنحنا تفهماً لسبب تصرفه بالطريقة التي يتصرف بها . علينا أن نوضح للطفل كيف يفكر بالآخرين . **التفكير** لا يأتي طبيعياً ، يجب تعلمه الإرشادات حول التفكير هي عملية مستمرة ، تتطلب مراجعة . ومن الطبيعي أن مثالك ذاته أكثر فاعلية من الكثير من الكلمات . يجب إلهاء الطفل عن تصرف غير مرغوب جذب انتباهه إلى أمر آخر يجنبه عادة الصدمة . يجب تحضير الطفل لنشاطه اليومي بمناقشة ما يجب فعله معه ، وكم يستغرق تقريباً من الوقت . يجب تحضيرهم عاطفياً للإنطلاق والعمل وهذا يعدّهم للعمل والعمل بسعادة . يجب تجنب الضغط الزائد . بعض الإرشادات الواضحة حول الضغط الزائد هي الإرهاق ، البكاء ، التوارث العصبي ، أحلام اليقظة ، النسيان ، والإرتباك .

يحتاج الأهل للتنبيه عند إحكام السيطرة على طفلٍ متمرّد . يعتمد الأطفال كلياً

تقريباً على ردة فعل الأهل لمعرفة ما إذا كانوا جيدين أم سيئين ، أغبياء أم أذكياء محبوبين أم غير محبوبين . إنهم معرضون إلى أقصى حد عاطفياً . عدد كبير من الأطفال يزنّون كلمات أهلهم ويستنتجون الأسوأ حول أنفسهم . يجب على الأهل أن لا يُحقِّروا أطفالهم دون رحمة . ما يمكن أن يسببه الأهل لمشاعر الطفل قد يؤدي تماماً مثل الضرب . الإنتهاك الشفوي قد يأتي بشكل تعليقات ناقدة مستمرة أو ألقاب . أو قد يأتي في الطريقة التي يطبق أحد الأبوين بواسطتها الأنظمة اليومية: تعبير أو لوم طفل صغير بغية تعليمه درساً قد يعلم الطفل أن يكره ذاته .

بشكل عام ، واجب الأول أن يأخذوا عواطف أطفالهم بعين الاعتبار ويتفهموا أنهم يختبرون العالم بطريقة مختلفة . أفضل أهل هم من يتأغمون مع وجهات نظر أطفالهم . أهل الساعون إلى الكمال شديداً العوز إلى الأمان غالباً وهم أكثر توجهها نحو القوانين . إنهم إما يعانون ضغطاً فائضاً بسبب عدم معرفتهم بالأفضل أو موبؤون بمشاكلهم النفسية الذاتية . إن أهل الذين ينتهكون أطفالهم كلامياً قد يعانون من الإحباط أو التحقير المزمن الذي قد يعود أثره إلى طفولتهم الذاتية . عدد كبير من هؤلاء أهل كانوا هم أنفسهم أقل مقدرة للعاطفة مع أطفالهم .

إنهم ينتهون إلى استخدام الألم العاطفي كأداة لإرساء النظام ، تقنية تعلموها من آبائهم .

إن الإنتهاك العاطفي للأطفال سوف يظهر في تصرفاتهم . فالأطفال المنتهكون عاطفياً لفترة طويلة من الزمن يعانون جراحاً طويلة الأمد . يمكن أن يصبحوا متقهقرين ، قلقين ، غاضبين ، أو عدائيين . عناوين الإنتهاك العاطفي ، الجسدي ، والجنسي للأطفال سوف تناقش بتفاصيل أكثر لاحقاً في هذا الكتاب .

References

- Bellack, A.S., et. Al. (Eds.): International Handbook of Behavior Modification and Therapy prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey: Salzar-Hzaroft, and Pollack, M : Chapter "P" :The Modification of Child Behaviors in the Home " ; PP. 917-951, 1976..
- Belsky, J., Steinberg, L., Draper, P.: Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. Child Dev 62:647, 1991.
- Benedek, T, : Parenthood as a Developmental Phase: A contribution to the libido theory, J. Amer. Psychanal. Assoc. 17:389-417, 1970.
- Benedek, T, : Parenthood during the life cycle, In Anthony, J., and Benedek, T., eds. Parenthood Boston, Little, Brown and Co., PP. 180-206, 1970.
- Bluestein, Jane: Twenty-First-Century Discipline. Jefferson City, Mo.: Scholastic, 1988.
- Bowlby, J.: The making and breaking of affectional bonds, I II. British Journal of Psychiatry. 130:201, 421-431, 1977.
- Branden, Nathaniel: The Six Pillars of Self-Esteem .New York: Bantam Books, 1994.
- Brazelton, T.B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., and Wise, S.: Early mother-infant reciprocity. CIBA Foundation symposia 33, PP 137-154, 1970.
- Brazelton, T.B., Behavioral competence of the newborn infant. From Taylor, P. M. (ed) parent-infant Relationships. New York. Grune and Stratton, 1984.
- Christophersen, Edward: Little People: Guidelines for Common Sense Child Rearing. Kanas City: Westport Publications, 1988.
- Elkind, David, Ph. D.: Parenting Your Teenager in the Nineties. Rosemont, N.J.: Modern Learning Press, 1993.
- Faber, Adele, and Elaine Mazlish: How to Talk So kids Will Listen and Listen So kids Will Talk. New York: Rawson, Wade Publishers, Inc 1980.
- Faber, Adele, and Elaine Mazlish: Siblings Without Rivalry. New York: W. W. Norton & Company, 1987.
- Gardner, Howard: Frames of Mind. The Theory of Multiple Intelligence. New York: Basic Books, 1993.
- Gordan, Thomas: Teacher Effectiveness Training. New York: Peter H. Wyden, 1974.
- Gordan, Thomas: Teaching Children Self-Discipline at Home and in School. New York: Random house, 1989.

References

- Kohn, Alfie: Punished by Rewards. Boston: Houghton Mifflin Company, 1993.
- Kurcinka, Mary Sheedy: Raising Your Spirited Child. New York: Harper Collins, 1991.
- Levin, Diane: Teaching Young Children in Violent Times: Building a Peaceable Classroom. Cambridge, Mass.: Educators for Social Responsibility, 1994.
- Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A.: The Psychological Birth of the Human Infant. New York, Basic Books, 1970.
- Ornstein, A.: Making contact with the inner world of the child. *Comprehens. Psychiatry*, 17: 3-36-1976.
- Ornstein, P.: Remarks on the central position of empathy in psychonanalysis. *Bull. Assoc. Psychoanal. Med.* 18(4): 90-108, 1979.
- Ounstead, C., Oppenheimer, R & Lindsay, J.: Aspects of bonding failure: the psychotherapeutic treatment of families of battered children. *Develp. Med. Child Neurol.*, 16: 446-456, 1974.
- Parke, R.D., Power, T.G., Tinsley, B.R. and Hymel S.: The father's role in the family system. In Taylor, P. M. (ED) *Parent-Infant Relationships*. New York. Grune and Stratton, 1984.
- Parker, Harvey C.: Listen Look & Think: A Self Regulation Program for Children .Plantation, FL: Impact Publications, Inc., 1991.
- Patterson, Gerald and Forgatch, Marion: Family Living Series. Part I and II. Research Press: Champaign, III. 1970 and 1976.
- Patterson, Gerald R.: Families: Application of Social Learning to Family Life. Research Press. Champion, III 1970.
- Patterson, Gerald, R.: Living With Children: New Methods for Parents and Teachers. (Revised) Reseach Press: Champaign, III. 1976.
- Patterson, Gerald, Professional Guide for Families and Living With Children. Research Press, Champaign, III. 1970.
- Paul, N.: Parental Empathy. In Anthony, J., and Benedek, T., eds.: *Parenthood* Little, Brown and Co. PP. 337-352, 1970.
- Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monoger.*, 80 (I, whole no. 609), 1966.
- Rutter, M.: Chapter 6. Conclusions. The qualilies of mothering. New York: Jason Aronson, 121-131, 1974.
- Rutter, M.: Normal sexual development. *J. child psychology & psychiatry*. 11:209-283, 1971.
- Sander, L.: Issues in early mother-child interaction. *J. Amer, Acad. Child Psychiatry*, 1: 141-166, 1962.

References

- Shelton, John, L., and Levy, Rona, L. (ED): Chapter 13: " Parenting Skills" ; PP. 331-356. Behavioral assignments and Treatment Compliance. Research Press. Champaign, Ill. 1981.
- Taraldson, B., Brunquill, D., Deinard, A., & Egfland, B.: Psychometric and theoretical credibility of three measures of infant temperament. Read at Society for Research in Child Development, New Orleans, La, 1977.
- Turecki, Stanley: The difficult child: A new step-by-step approach by a Noted child psychiatrist for understanding & managing Hard-to-raise children. New York, Bantam Books, 1980.
- Webster-Doyle ,Terrence: Why Is Everybody Always Picking on Me? Middlebury, Vt.: Atrium Society Publications, 1991.
- Winnicott DW: The Maturation Process and the Facilitating Environment, New York, International Universities Press, 1960.
- Winnicott, D.: Mirror-role of mother and family in child development. In Playing and Reality. New York, Basic Books, pp. 111-118, 1971.
- Winnicott D.:On holding Collected papers , New York, Basic, 1900.
- Winnicott, D.: The mother-infant experience of mutuality, In Anthony, J., and Benedek, T., eds.: Parenthood. Boston, Little, Brown and Co. pp. 240-256, 1970.

الفصل ٤ أفكار في النظام الفعال

إن مساعدة الطفل للتصرف بشكل مقبول هو جزء ضروري من التربية الجيدة له. **من المهم أن نؤكد أن النظام يعني التعليم وليس القصاص ، ويجب أن يكون ثابتاً كي يكون فعالاً .**

نظام لا يسانده الحب والإحترام سوف يفشل تماماً في التعليم . يحتاج الأهل لإرساء حدود معقولة على أطفالهم . خلال فترة الرضاعة والحبو الباكر ، يجب على الأهل **توقع** التصرفات ، من الأفضل إزاحة الأشياء الثمينة والقابلة للكسر بعيداً عن متناول الطفل بدلاً من معاقبته لكسرها . الأطفال ، مثل الكبار ، يتعلمون بسرعة أن يتجاهلوا كلمات مثل " لا " التي تقال كثيراً .

على الأم والأب **مناقشة** أساليب النظام للتوافق على طرق ثابتة . الرضع والحابون يحتاجون الإرشاد الأهلي والمساعدة **ليبدأوا** عملية تعلم التحكم بالذات ومع وجود الأهل للإرشاد في هذه العملية ، يزيد التحكم بالذات خلال سنوات المدرسة . تجربة المراهقة والعصيان قد تحدث إنما معظم اليافعين يتخطون هذه الفترة ليصبحوا كباراً مسؤولين .

عندما يختلف الأهل والأطفال حول القوانين ، قد يساعد التبادل الصادق للأفكار في التعلم من بعضهم البعض .

على الأهل أن يكونوا مسؤولين ويكونوا نماذج دورية جيدة عندما يقررون القوانين والقيم العائلية . التوقعات الأهلية حول القوانين يجب التوافق عليها من الأبوين وإبلاغها بوضوح للطفل أو المراهق .

عندما يظهر الأهل عدم موافقتهم على تصرف خطر أو غير سار ، يحتاجون للتمرس على التحكم الجيد بالذات عندما يكونون غاضبين . عندما يظهر الأهل

فرحهم وموافقتهم على تصرف يسرهم ، هذا يثبت السلوك الجيد عند الطفل . إذا كان الأهل مستمرين في العمل على السلوكيات الإشكالية في **المرحلة المبكرة من النمو** ، يرجح أن يكونوا ناجحين عندما يصبح الطفل أكبر .

من المهم للأهل أن يتذكروا أنهم بينما يعاقبون ، هم يعاقبون تصرفاً وليس طفلاً.

الحفاظ على تقدير الطفل لذاته هو أمر دقيق . يحتاج الأهل أيضاً للتذكر أنه يجب عليهم تشجيع وتمثيل السلوك المناسب ، والنظام الناجح يركز على خلق بيئة تتوفر فيها فرص قليلة للصراع . من المساعد أيضاً أن نتذكر أن لا نعامل جميع الأطفال خصوصاً من اعمار مختلفة بنفس الأسلوب . عندما نرضخ الطفل للنظام، إذا تمت إزالة تصرف غير مرغوب ، يكون التعليم ناجحاً إذا اكتسب تصرفاً مقبولاً بديلاً .

أحد أساليب **النظام** التي نجحت مع العديد من الأطفال شديدي المراس هو **أسلوب الوقت المنفرد Time - out** . هناك ثمانية أشياء يجب تذكرها عند تطبيق أسلوب الوقت المنفرد :

١. جميع الكبار المسؤولين عن إرساء النظام للطفل يجب أن يستخدموا **كروسي** الوقت المنفرد . يجب التوافق متى ولماذا نرسل الطفل إلى الوقت المنفرد .

٢. من أجل الحصول على فاعلية قصوى للوقت المنفرد ، يجب جعل بقية النهار (الوقت المشترك) ممتعاً للطفل . تذكروا أن تدعوا الطفل يعرف متى قام بتصرف جيد أكثر من اعتباركم هذا السلوك من المسلمات . معظم الأطفال يفضلون إرسالهم إلى الوقت المنفرد أكثر من تجاهلهم كلياً . يحاول العديد من الأطفال إقناع أهلهم أن الوقت المنفرد هو شيء ممتع وهو بالتالي لا ينفع . يجب ملاحظة أن السلوك الذي يستدعي الوقت المنفرد يخف كثيراً مع مرور الوقت .

٣. عندما نستخدم الوقت المنفرد في البداية ، قد يتصرف الطفل وكأنه لعبة . قد يضع نفسه في الوقت المنفرد أو يطلب ذلك لنفسه . إذا حدث هذا ، أعطوه ما يريد أي ضعه في الوقت المنفرد واطلبوا أن يجلس بسكون للفترة المطلوبة . سيتعلم الطفل بسرعة أن الوقت المنفرد ليس لعبة . كذلك قد يضحك الطفل أو يتلاعب بينما يجلس أو بينما هو ضمن الوقت المنفرد . فرغم أن هذا قد يخرج الأهل، من الضروري أن يتجاهلوا الطفل كلياً وهو في الوقت المنفرد.

٤. قد تشعرون بالحاجة لعقاب الطفل لقيامه بشيء غير مناسب وهو على الكرسي (مثل الشتم) . عموماً من المهم تجاهله حين يتصرف بسوء في الوقت المنفرد. هذا سيعلمه أن هذه الاستراتيجية " للفت الانتباه " لن تنفع . فإذا شتم وهو خارج الكرسي (وأزعجكم ذلك) ، تأكدوا من معاقبته بالوقت المنفرد .

٥. يجب استخدام الوقت المنفرد للتصرفات السيئة الأكثر كما الأقل أهمية

الأهل يميلون للإعتقاد أن الوقت المنفرد ليس كافياً للأشياء الكبيرة وهكذا لا يطبقونه باستمرار . الإستمرارية هي الأكثر أهمية لفائدة الوقت المنفرد في المشاكل الكبيرة والصغيرة .

٦. تأكدوا من إدراك طفلكم للأنظمة ، التي إن خرقها تكون النتيجة هي الوقت المنفرد . الأهل يدخلون باستمرار أنظمة جديدة دون إخبار الطفل . عندما يخرق الطفل هذا النظام لا يفهم لماذا وضع في الوقت المنفرد . عندما يكون الطفل في الوقت المنفرد ، لا تنتظر إليه ، لا تحدثه أو تتحدث عنه لا تتصرف بغضب، لا تبقى في الغرفة إذا أمكن ، إبق هادئاً ، إتبع الإرشادات المكتوبة عندما يبكي الطفل أو يتكلم بصوت عال وهو في الوقت المنفرد . إذا كان تجاوب الطفل ضعيفاً مع النظام الثابت المخطط والمناسب ، الذي نطبقه بحبة واحترام، عندها ربما يحتاج الطفل لتقويم أبعد من ذلك يقوم به أشخاص مدربين مختصين بنمو وسلوك الطفل.

References

Ayllen T, Garber S, Piseor K: The elimination of discipline problems through a combined school-home based motivational system. *Behavioral Therapy* 7:116-126, 1970.

Barkley, R.A.: *Defiant Children: A Clinicians Manual for Parent Training*. New York, Guilford Press, 1987.

Bluestein, Jane: *Twenty-First-Century Discipline*. Jefferson City, Mo.: Scholastic, 1988.

Branden, Nathaniel: *The Six Pillars of Self-Esteem*. New York: Bantam Books, 1994.

Dayton, Tian: *Affirmations for Parents: How to Nurture Your Children*. Deerfield Beach: Health Communications, 1991.

Elkind, David, Ph.D.: *Parenting Your Teenager in the Nineties*. Rosemont, N.J.: Modern Learning Press, 1993.

Emde, R. N.: Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In Taylor, P. M. (Ed.) *Parent-Infant Relationships*. New York. Grune and Stratton, 1984.

Faber, Adele, and Elaine Mazlish: *How to Talk So Kids Will Listen and Listen So Kids Will Talk*. New York: Rawson, Wade Publishers, Inc., 1980.

Faber, Adele, and Elaine Mazlish: *Siblings Without Rivalry*. New York: W.W. Norton & Company, 1987.

Gardner, Howard: *Frames of Mind. The Theory of Multiple Intelligence*. New York: Basic Books, 1993.

Gordon, Thomas: *Teacher Effectiveness Training*. New York: Peter H. Wyden, 1974. Gordon, Thomas: *Teaching Children Self-Discipline at Home and in School*. New York: Random House, 1989.

Klos, D.: Peddock, J.: Relationship status: Scale for assessing the vitality of late adolescents, relationships with their parents. *Journal of Youth and Adolescence*. 7:303-319, 1978.

Kholberge, L" :.Development of Moral Character and Moral Ideology ",in Hoffman, M.L. and Hoffman, L.W.: (Eds.), *Review of Child Development Research*, pp. 383-432, Russell Sage Foundation, New York. 1974 ,

Kohn, Alfie: *Punished by Rewards*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1993.

Kohut, H.: Remarks about the formation of the self. In Ornstein, P., ed.: *Search for the Self*. New York, International Universities Press, 1978. Pp. 737-770.

References

- Kurcinka, Mary Sheedy: Raising Your Spirited Child. New York: HarperCollins, 1991.
- Levin, Diane: Teaching Young Children in Violent Times: Building a Peaceable Classroom.
Cambridge, Mass.: Educators for Social Responsibility, 1994.
- Marsh, E.J., Hamerlynck, L.A., and Hardy, L.C., Eds.: Behavior Modification and Families.
Bruner/Mazel. New York. Horowitz, F.: "Directions for Parenting", pp. 7-32.
Generalization and Maintenance", pp. 113-117, 1976.
- Marsh, E.J., Hardy, L.C., and Hamerlynck, L.A.: Behavior Modification Approaches to Parenting.
Bruner/Mazel: New York, 1974.
- Turecki, Stanley: The difficult child: A new step-by-step approach by a Noted child psychiatrist for understanding & managing Hard-to-raise children. New York, Bantam Books, 1980.
- Wagonseller, Bill, R., and McDowell, Richard: You and your Child: A Commonsense Approach to Successful Parenting. Research Press: Champaign, Ill. 1979.
- Wagonseller, Bill, R., The Art of Parenting: A Complete Training Kit. Research Press: Champaign, Ill. 1977.
- Webster-Doyle, Terrence: Why Is Everybody Always Picking on Me? Middlebury, Vt.: Atrium Society Publications, 1991.
- Wright, Logan: Parent Power: A Guide to Responsible Child Rearing, Psychological Dimensions, Inc.
New York: 1978

الفصل ٥ - تقدير الذات - بناء تقدير الذات

تقدير الذات: هو صورة ذاتك أو كيف تشعر حول ذاتك . إنه يتكون مما لديك من أفكار ومشاعر تجاه ذاتك . هذه قد تتكون ايجابية أو سلبية . كلما كانت مشاعرك تجاه ذاتك ايجابية ، زاد تقديرك لذاتك . كلما كانت مشاعرك أكثر سلبية ، نقص تقديرك لذاتك . يجب أن يفكر الأطفال والمراهقون بتقدير ذاتهم لأن هذا يؤثر في أسلوب حياتهم ومدى نجاحهم في تحقيق أهدافهم في الحياة . تقدير الذات هم أمر هام في تغيير الشخصية . دون شعور أساسي قوي بتقدير الذات ، لا يبقى للطفل أي مبرر للإهتمام بما إذا كان تصرفه مرغوباً . وتقديم التشجيع من الأهل هو ذات ضرورة قصوى .

التشجيع هو العملية التي من خلالها يصبح الشخص أكثر إدراكاً لقدراته وإحساسه بالإنتماء . التشجيع هو الحب . الطفل المشجع يشعر بالرضا عن نفسه وعن الآخرين . الأطفال الذين يشعرون ويتصرفون وكأنهم غير محبوبين هم الأكثر حاجة للتشجيع ، أولئك الذين يشعرون ويتصرفون وكأنهم محبوبون يتلقون ويتقبلون التشجيع بأقل أهمية .

بعض العبارات التي تمنح التشجيع قد تتضمن : " يمكنك أن تقوم بذلك " ، " لا تقلق " ، " إفعل أفضل ما يمكنك " ، " شكراً لمساعدتك " ، " أنت تقوم بعمل رائع " ، " عملك الآن أفضل بكثير " ، " هذا صعب ولكن يمكنك إنجازه " ، " لنرى إذا كان بإمكاننا إنهاء هذا معاً .

العبارات غير المشجعة قد تتضمن المقولات التالية : " إنك دائماً تخطئ " ، " أشك أنه يمكنك ذلك " ، " كنت جيداً ، لكنك أفسدت الأمر في النهاية " ، " لا أعتقد أنه يمكنك إنهاء ذلك " ، " لماذا لم تفكر قبل أن تبدأ ؟ " ، " لماذا أنت بهذا الغباء " ، " لماذا أنت أخرق ثقيل الظل ؟ " ، " لن تتجح أبداً " ، " هذا صعب جداً " ، " دعني أقوم به عنك " .

إقتراحات الأهل: للأهل بعض من الإقتراحات التي تساعد في بناء تقدير الذات

عند الأطفال ، وهي تتضمن التالي :

١. يحتاج الأطفال للحب كما للتحكم ، للإهتمام كما للنظام والتدريب على الإستقلالية الذاتية والمسئولية كما لإتباع القوانين .

٢. يجب تعليمهم القيم التي لا تتعارض فيما بين المنزل ، البيئة ، والمدرسة . بعض التعارضات هي غير ذات تأثير إنما الهامة منها تسبب التباساً وتشكيكاً بالذات في تفكير الطفل .

٣. يجب تشجيع الأطفال للقيام بأكثر ما يتمكنون من القيام به. أن يكونوا مسئولين وأن يستمروا كذلك هو أمر هام في تنمية الشعور بالرضا عن الذات .

٤. التركيز على التعبير الشفوي كلما أمكن ذلك . تشجيع الطفل للمشاركة في المناقشات العائلية والجماعية وإجابة الأسئلة بكلمات بدلاً من هز الرأس سلباً أو إيجاباً .

٥. يجب عدم إستخدام التحقير أو الإستهزاء أبداً . فهذه تنتج سداً فكرياً يعرقل المشاعر الجيدة ويوقف عملية الإنتباه والتعلم.

٦. يجب الإهتمام بما يقوله الطفل. إعطاء الطفل الإهتمام الكامل عندما نستطيع . لا يجب أن نضحك من ردة فعل الطفل إلا إذا كانت مضحكة فعليا .

٧. إذا كان الطفل لا يفعل شيئاً ، علينا أن نعرف لماذا دون أن نرفع صوتاً . الأطفال يحتاجون للوحدة مثلنا تماماً ، للتفكير بالأشياء أو لمجرد الإبتعاد عنها كلها عندما يتزايد الضغط عليهم .

٨. **إذا كنتم تطلبون الإحترام من أطفالكم عليكم أولاً إعطاؤهم إياه .**

الإحترام يجب أن يكتسب من كلا الفريقين .

٩. علينا إحترام الطفل ومعرفة . لنفترض أن الطفل يقصد القيام بالجيد بدلاً من السيئ . **لا تستخدموا سلطتكم إلا في وضع ملزم حيث يمكن حصول مائدة أو إصابة .**

١٠. تعلموا إستخدام الدعم الإيجابي وإستعماله عندما يستحقه الطفل ، كان ينجح عملاً صعباً أو يتبرع للقيام بشيء لم يطلب منه .

١١. يجب تمضية وقت مع الطفل والإصغاء لما يريد أن يقول . الإستماع البنء هو مهارة يجب على الأهل والمعلمين تطويرها .

١٢. يجب أن نكون ونمثل نموذجاً جيداً في جميع المجالات التي يتمكن الطفل من مراقبتها . **يحتاج الأطفال نماذج جيدة في جميع مراحل نموهم .**

١٣. تجنبوا أن يكون لديكم " مفضلون " و " ضحايا " حاولوا معاملة كل طفل بمساواة مع توزيع المهمات والأنظمة على الجميع بالمثل .

١٤. يجب إستخدام " قم بهذا " بدلاً من إستخدام " لا تقم بذلك " عند إرساء أنظمة المدرسة والبيت . يجب التركيز على ما تريدون من الطفل القيام به بدلاً من التركيز على ما هو غير مقبول .

References

Arnold, L.E., Ed.: Helping Parents Help Their Children. Bruner/Mazel, Inc. New York: Safer, D.J.:

"Guiding Parents of Children with Habit Symptoms"; pp. 232-242, 1978.

Arnold, L.E.: Ed. Helping Parents Help Their Children, Bruner/Mazel Inc. New York: Lindsley, Ogden: Chapter V: "Teaching Parents to Modify Their Children's Behavior", pp. 83-90, 1978.

Asher, S., Oden, S. & Gottman, J.: Children's friendships in school settings. In L Katz (Ed.), Current topics in early childhood education. Norwood, NJ: Ablex, 1977.

Azrin, N. & Foxx, O.: Habit Control in a Day. New York: Pocket Books, 1977.

Bell, R.Q. & Harper, L.V.: Child effects on adults. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1977.

Branden, Nathaniel: The Six Pillars of Self-Esteem. New York: Bantam Books, 1994.

Briggs, D.C.: Your child's self-esteem. New York: Doubleday, 1970.

Charlesworth, R.: Understanding child development. Albany: Delmar, 1983.

Clark, Lynn: SOS! Help For Parents. Bowling Green: Parents Press, 1980.

Coopersmith, S.: Manual for the Self-Esteem Inventories. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.

Gnagey, Thomas D.: How to Put Up With Parents: A Guide For Teenagers. Facilation House: Ottawa, Illinois: 1970.

Graziano, A., Ed.: Behavior Therapy With Children, Aldine-Atherton: Chicago. Wahler, R.G., et al. Chapter 37: "Mothers as Behavior Therapists for Their Own Children"; pp. 388-403, 1971.

Halliday, M.: Learning how to mean. London: Edward Arnold, 1970.

Leavitt, Shelly E.: Active Parenting: A Trainer's Manual. Boys Town Center; 1982.

Leitenberg, Harold: Ed.: Handbook of Behavior Modification and Behavioral Therapy, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

Wahler, R.G.: "Deviant Child Behavior Within the Family: Developmental Speculations and Behavior Change Strategies", pp. 526-539, 1976.

Levinson, S., Kopari, J. & Fredstrom, J.: The MotivAider Method of Cue-Directed Behavior Change: Manual For Teachers. Thief River Falls: Behavioral Dynamics, 1990.

Moser, A.: Don't Pop Your Cork on Mondays: The Children's Anti-Stress Book. Kansas City: Landmark Editions, 1988.

Rubin, K.H. & Ross, H.S. (Eds.): Peer relationships and social skills in childhood. New York: Springer-Verlag. 1982,

References

- Schaffer, H.R.: The child's entry into a social world. London: Academic Press. 1981.
- Shapiro, L.: Tricks fo the Trade: 101 Psychological Techniques to Help Children Grow and Change. King of Pursia: The Center for Applied Psychology, Inc., 1991.
- Shapiro, T.: Childhood neurosis - the past 70 years. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, 1, 103-177, 1970.
- Shaw L, Levime MD, Belfer M: Developmental double jeopardy: A study of clumsiness and self-esteem in children with learning problems. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 3: 191-196, 1982.
- Silver LB: Emotional and social problems of children with developmental disabilities. In Weber R. (ed): *Handbook of Learning Disabilities*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1971.
- Snow, C.E.: Parent-child interaction and the development communicative ability. In R.L. Schiefelbusch & J. Pickar (Eds.): *The acquisition of communicative competence* (pp. 79-107). Baltimore: University Park Press, 1981.
- Whitman, C.: *Win the Whining War and Other Skirmishes: A Family Peace Plan*. Pasadena: Perspective Publishing, 1991.
- Williams, Carl D" : "The Elimination of Tantrum Behavior by Extinction Procedures", *Journal of Abnormal Social Psychology*, 59, 269, 1969.

الفصل ٦ نمو مهارات التعلم عند الأطفال

الأطفال ما قبل المدرسة واحد من أهم مسببات نجاح الطفل في المدرسة يتعلق بنشاطات ما قبل المدرسة التي تتم في المنزل . ولأن طفل ما قبل المدرسة يمضي وقتاً كثيراً في البيت ، يبدو مهماً أن نفهم ما يفعله الأطفال خلال سنواتهم الأولى ونحدد مدى الأهمية التي يشعرها أهل تجاه النشاطات المنزلية بالنسبة للنجاح المستقبلي في المدرسة .

معظم الأطفال يتعلمون الكلام **طبيعياً** عبر تجارب متنوعة توفر لهم الفرص للإستماع إلى الآخرين ، محاولات التكلم بأنفسهم والتقدم تدريجياً حتى إكتساب اللغة كاملة . تظهر الإحصاءات أن أهل يشعرون أن الأطفال يتعلمون الكلام لأن الناس يتحدثون إليهم ، يقرأون لهم ، يصححون كلماتهم ، يكررون كلماتهم ، ويطرحون عليهم الأسئلة . الأطفال يهدلون ويحدثون أنفسهم ، الناس يستمعون إليهم وأخيراً هم يتكلمون جيداً .

تعلم القراءة لا يتم عادة بنفس الأسلوب الطبيعي مثل تعلم الكلام . يشعر أهل أن الأطفال يتعلمون القراءة لأن الناس يقرأون لهم ، وهم ينظرون كثيراً إلى الكتب ، يطرحون أسئلة حول كلمات وحروف ، ويحاولون تركيب كلمات خاصة بهم . الأسباب الرئيسية لإستمتاع الأطفال بالقراءة هي أنهم يجدون القراءة مثيرة وممتعة، أهل والمعلمون يدعمونهم ويشجعونهم ، أهل يقرأون لهم ومعهم ، يمتلكون الكثير من مواد القراءة التي تتوفر لهم ، أهل يقرأون بأنفسهم والأطفال قراء جيدين . النموذج الأهلي والدعم ضروري للإستمتاع بالقراءة ويبدو أكثر أهمية من القدرة على القراءة .

النشاطات المنزلية للنجاح لاحقاً في المدرسة قد تتضمن التالي:

١. يستخدم الطفل أقلاماً ، أوراقاً ، وغير ذلك من أدوات الكتابة في المنزل تحت المراقبة وفي مكان محدد .
٢. يصغي الكبار للطفل يتكلم ويقرأ .
٣. يقرأ الكبار للطفل بصوت عال .
٤. يمضي الطفل وقتاً بالنظر إلى الكتب أو القراءة بنفسه .
٥. يسأل الطفل عن الكلمات والحروف .
٦. الطفل يعد .
٧. يقول الطفل أسماء بعض الحروف .
٨. يقارن الطفل أحجام ، أشكال ، وألوان الأشياء .
٩. يسأل الطفل عن الكتابة والتهجئة .

عموماً لا يحب الأهل القيام بحسابات رياضية لكنهم يحبون أكثر أن يشجعوا أطفالهم على القراءة والكتابة . عادة يقوم الأهل بنشاطات قليلة جداً في المنزل تتعلق بتطوير الرياضيات . هذا يعمل ضد نمو التوجهات الإيجابية والمهارات في الرياضيات .

إقتراحات للأهل إضافة لنشاطات منزلية تدعم نمو مهارات التعلم تتضمن التالي:

١. القراءة مع ولالأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وخلال المدرسة معاً . العديد من الأهل يقومون بذلك مع صغارهم لكنهم يتوقفون عندما يكتسب الطفل مهارة كاملة . قد يظهر أن الطفل يستمتع بأن نقرأ له في **عدة أعمار** وهذا نشاط يغني التجربة اللغوية للأطفال على عدة مستويات .

٢. **كن موجوداً** لطفلك عندما يريد التّكلم ، الكتابة ، القراءة ، ونشاطات الإستكشاف عامة . هذا لا يعني القيام بذلك معه بالضرورة ولكنه يعني الوجود في المكان عندما يظهر إهتمامه بهذه النشاطات . ألعاب ما قبل المدرسة ، الكتب ، الألوان ، المساطر ، الأوراق ، الخ ... يجب أن تجد لها مكاناً في صدر المنزل . هذا يجعل الإحتمال كبيراً بأن تستخدم هذه الأشياء والإحتمال أكبر للأهل ليكونوا قريبين لتقديم الدعم والتشجيع عند الحاجة.

٣. يجب دعم جهود الطفل عند القراءة ولكن مع تناسي النقد حولها إلا إذا طلب منا ذلك تحديداً . التمرين هو أفضل السبل للتقدم في معظم المهارات وهذه يشجعها المديح وليس النقد المتكرر حتى لو أن العديد من الأهل يشعرون بنية حسنة أنه يمكن مساعدة الطفل لإكتساب مستوى أعلى من المهارة بسرعة أكبر كثيراً إذا أظهرنا له أو أخبرناه كيف يقوم بالشئ بدلاً من تركه يكتشف ذلك بنفسه .

٤. يجب مساعدة الطفل لتقدير القيمة الطويلة الأمد للقراءة ، الكتابة ، والرياضيات . والإشارة إلى أن خواص المتعة والتسلية في هذه النشاطات هي ذات فائدة .

٥. يجب على الأهل أن يقرأوا . تظهر الدراسات البحثية أن عدداً أقل فأقل من الأهل يقرأون أي شيء وأقل كثيراً يكتبون أو يستخدمون الرياضيات بشكل منتظم . من الصعب أن نقنع الطفل بأن هذه النشاطات ممتعة وقيمة طوال الحياة ، إذا كان الواقع ، أنه لا يرى أبداً أي تطبيق فعلي لها في منزله بواسطة أحد الكبار المهمين .

٦. يجب توفير التنوع في مواد القراءة ، الكتابة ، والرياضيات لتكون سهلة المنال للطفل . إن التوافر بذاته ، خصوصاً في المواد الأساسية ، إضافة إلى الموقع هي ضرورية لسهولة وتكرار الوصول إليها .

مواقف الأهل تجاه النمو التعليمي يريد الأهل أن يكونوا سعداء ، الأطفال النشطون الذين يبلون جيداً في المدرسة ، لكنهم غالباً لا يلحظون أن العنصر الأكثر أهمية في التأثير على إنجازات الطفل الدراسية هو المنزل . الأهل هم أعظم

مساعدة دراسي للطفل . الإقتراحات التالية نقدمها كأساليب محددة ، إيجابية يمكن حتى للأكثر إنشغالا من الأهل توظيفها لمساعدة أطفالهم دراسيا :

١. إيد إهتماما بنشاط طفلك الدراسي _ أداء الطفل الدراسي يرتبط مباشرة بإهتمام الأهل بدروسه ونشاطاته المدرسية . رغم المفكرات المزدحمة هذه الأيام ، يجب على الأهل بذل أقصى الجهد للمساهمة بنشاطات الطفل التعليمية والإضافية . يمكن للأهل مساعدة الطفل يوميا بفروضه ، ومناقشة الواجبات والمفاهيم التي يدرسها في المدرسة . يجب إعطاء الأولوية للقاء الأهل - المعلمين والصف المفتوح منزليا . إذا كان الطفل يشارك في الرياضة أو الفنون ، يجب على أحد الأبوين الحضور كلما أمكن . يجب على الأهل ترتيب رحلة تحت الرقابة ، حضور يوم غداء عند الأهل ، أو التطوع للمساعدة في جمع التبرعات . جميع هذه النشاطات تظهر إهتمام الأهل وإرادتهم للإنضمام إلى حياة الطفل الدراسية . بعكس المعتقدات الشعبية ، إنضمام الأهل هو بنفس الأهمية للمرافق مثله لتلميذ الحضائنة أو المرحلة الابتدائية .

٢. يجب تعليم الطفل العادات الدراسية الجيدة عادات الدرس الجيدة ضرورية للطفل إذا اردناه فاعلا في المدرسة . لدى الأهل الفرصة الدقيقة لمساعدة الطفل في تنمية عادات دراسية مثل التنظيم والعمل الجاد . المدرسة الجيدة ستعلم بالتأكيد وتتوقع من التلاميذ تطوير هذه المهارات ، لكن المنزل يبقى المؤثر الأساسي في تطبيق عادات الدراسة _ سيئة أم جيدة . تعليم الطفل ليكون منظما يبدأ بالمكان المناسب والوقت المحدد للدرس . مكان محدد من المنزل يجب تعيينه كزاوية الدرس . يجب وجود أقل ما يمكن من المشتتات ، لا تلفاز ، لا أصدقاء ، لا هاتف ، ولا رفاق . هذا الوضع الهادئ سيشجع التركيز الكامل للطفل على دروسه . يجب أيضا أن نطلب من الطفل ملاحظة فترة درس يومية . إذا لم يكن لديه أي فروض ، يجب إستخدام هذه الفترة لنشاطات تعليمية أخرى مثل القراءة ، لعبة تعليمية ، أو العمل على بحث طويل الأمد . يجب على الطفل أن ينظم فروضه بأن يقوم بالواجبات الصعبة أولا وكلما حاول ، سوف تصبح المحاولات أقل للعمل على المواد الأسهل . يجب أن يتعلم التلاميذ أيضا الأسلوب القيم في تقسيم الواجبات الضخمة إلى خطوات صغيرة . العمل الصعب لم يعد يتطلب الإحترام الذي

كان له في الأيام الخوالي . مع ذلك، فالقدرة على إنجاز واجب بفعالية وجوده هو هبة ذات قيمة فائقة لأي تلميذ . يمكن للأهل التأثير في عادة العمل الجاد عند أطفالهم بتقديمه كنماذج في حياتهم أو مكافأته في حياة أطفالهم .

٣. يجب تطوير علاقة ودية مفتوحة مع أساتذة ومدير الطفل . لا يجب أن ينتظر الأهل حتى إستلامهم بطاقة علامات تأديبية أو غير مرضية قبل الإتصال بالمعلم أو المدير . التناقص حول الفروض ، الإمتحانات ، والأداء اليومي . يجب أن يصبح روتيناً بين الأهل والمعلمين . أحد الأبوين يجب أن يطرح بشكل دائم أسئلة حول علامات الطفل ، تطوره الدراسي ، توجهاته ، وشخصيته . من المهم أن نتذكر ، الأهل والمعلمون هم شركاء ، والتواصل بين الشركاء يجعل شراكتهم أكثر فاعلية .

عليكم بالتواصل مع الطفل _ التواصل الفعال بين أحد الأبوين والطفل يتم فقط عندما يمكن التعبير بحرية عن الأفكار والمعتقدات في جو من التفاهم ، الإهتمام ، والحب . على أحد الأبوين أن يخصص بضعة دقائق يومياً للتحدث والإستماع إلى طفله . من المهم أن يعبر أحد الأبوين عن إهتمامه بطفله وبنشاطاته المدرسية .

إن التواصل الإيجابي بين أحد الأبوين والطفل هو أساس الصورة الذاتية الجيدة للطفل . عندما ينقل أحد الأبوين قيمة لطفله ، يمكن للطفل أن يلاحظ قيمته الذاتية . قليلة هي الأشياء التي يمكن أن تدفع الطفل للنجاح أكثر من التواصل الإيجابي الثابت مع أهله .

References

- Alessi, S.M., Anderson, T.H., & Goetz, E.T.: An investigation of lookbacks during studying. *Discourse Processes*, 2, 197-212, 1979.
- Alley, G., & Deshler, D.: Teaching the learning-disabled adolescent: Strategies and methods. Love Publishing Company, 1979.
- Alvord, Jack, R.: Home Token Economy: Research Press: Champaign, Ill. 1973.
- Ames, L.B" :.The Development of the Sense of Time in the Young Child " ,*Journal of General Psychology*, 68:97-120, 1966.
- Ammerman, R.: Predisposing child factors. In Ammerman R, Herson M(eds): *Children at Risk*. New York, Plenum, pp. 199-221, 1990.
- Anderson, R.C.: Role of the reader's schema in comprehension, learning and memory. In R.C. anderson, J. Osborn, R.J. Tierney (Eds.), *Learning to read in American schools: Basal readers and content texts*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1982.
- Anderson, T.H.: Study strategies and adjunct aids. In R.J. Spiro, B.C. Bruce, & W.F. Brewer (Eds.), *Theoretical issues in reading comprehension: Perspectives from cognitive psychology, artificial intelligence, linguistics, and education*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1980.
- Andre, M.E.D.A., & Anderson, T.H.: The development and evaluation of a self-questioning study technique. *Reading Research quarterly*, 14, 600-623, 1978-1979.
- Anesko, K.M. & Levine, F.M.: *Winning the Homework War*. New York: Arco/Simon & Schuster, 1987.
- Archer, Anita & Gleason, Mary: *Skills for School Success*. North Billerica, Massachusetts: Curriculum Associates, 1990.
- Armstrong, Thomas: *Awakening Your Child's Natural Genius*. Los Angeles: Jeremy Tarcher, Inc., 1991.
- Baker, L., & Anderson, R.I.: Effects of inconsistent information on text processing: Evidence for comprehension monitoring. *Reading Research Quaterly*, 17, 281-294, 1982.
- Baker, L., & Brown, A.L.: Metacognitive skills of reading. In D.P. Pearson (Ed.), *Handbook on Research in Reading*. New York: Longman, 1984.(a).
- Baker, L.: Do I understand or do I not understand: That is the question. (Reading Education Report 10). Champaign, IL: University of Illinois, Center for the Study of Reading, July, 1979.
- Baretta-Lorton, Mary: *Mathematics Their Way*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1976.

References

- Baretta-Lorton, Robert: Mathematics: A Way of Thinking. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1977.
- Bash, M.S. & Camp, B.: Think Aloud: Increasing Social and Cognitive Skills, A Problem-Solving Program for Children. Champaign, Illinois: Research Press, 1980.
- Bateman, B.D.: the essentials of teaching. San Rafael, CA: Dimensions Publishing Company, 1971.
- Both, D.D., Swartz, L. & Zola, M.: Choosing children's Books. Markham, Ontario: Pembroke, 1987.
- Bransford, J.D., Stein, B.S., Vye, N.J., Franks, J.J., Auble, P.M., Mezynski, K.J., & Perfetto: CA differences in approaches to learning: An overview. Journal of Experimental Psychology: General, 111(1), 290-298, 1982.
- Bransford, J.D.: Human cognition: Learning, understanding and remembering. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 1979.
- Burns, Marilyn: A Collection of Math Lessons for Grades 1-3. Sausalito, CA :Math Solutions Publications, 1988.
- Burns, Marilyn: A Collection of Math Lessons for Grades 3-6. Sausalito, CA: Math Solutions Publication Company, 1987.
- Burns, Marilyn: About Teaching Mathematics. Sausalito, CA: Math Solutions Publications, 1992.
- Burns, Marilyn: Math for Smarty Pants. Boston, MA: Little, Brown, and Company, 1982.
- Burns, Marilyn: The I Hate Mathematics Book. Boston, MA: Little, Brown, and Company, 1970.
- Butler, D.: Babies need books. New York: Atheneum. 1980.
- Celebert, T., Torgesen, J.K., Dice, C., & Murphy, H.: The effects of situational variables on the use of rehearsal by first grade children. Child Development, 51, 902-905, 1980.
- Chafel, J.A.: Making early literacy a natural happening. Childhood Education, May/June issue, 200-204, 1982.
- Church, E.B.: Reading aloud to children. Scholastic Pre-K Today, January Issue, 28-40, 1991.
- Cook, Marcy: Mathematics Problems of the Day. Palo Alto, CA: Creative Publications, Inc., 1982.

References

- Downie, D., Slesnick, T., and Stenmark, J.: Math for Girls and Other Problem Solvers. Berkeley, CA: Lawrence Hall of Science, University of California, 1981.
- Haines, D.J., & Torgesen, J.K.: The effects of incentives on rehearsal and short-term memory in reading-disabled children. *Learning Disability Quarterly*, 1979, 00-2618,
- Halperin Jm, Gittelman R, Klein DF, et al: Reading-disabled hyperactive children: A distinct subgroup of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol* 12:1-14, 1984.
- Hunt, D., Hardt, D.: College enrollment of upward bounds as a function of attitudes and motivation. *J. Educ. Psychol.*, 11:370-379, 1970.
- Kinsbourne, M.L., & Caplan, P.J.: Children's learning and attention problems. Boston: Little, Brown and Company, 1979.
- Kirk, S.A.: *Educating Exceptional Children* (2nd ed.). Houghton-Mifflin, 1972.
- McCracken, Robert & Marlene: *Stories, Songs, & Poetry to teach Reading and Writing*. Winnipeg: Peguis publishers limited, 1987.
- Reid, J.F.: Learning to think about reading. *Educational Research*, 07-72, 1977.
- Saunders, Hall.: *When Are We Ever Gonna Have to Use This?* Palo Alto, CA: Dale Seymour Publications, 1981.
- Smiley, S.S., Oaken, D.D., Worthen, D., Campione, J.C., & Brown, A.L.: Recall of thematically relevant material by adolescent good and poor readers as a function of written versus oral presentation. *Journal of Educational Psychology*, 79, 281-287, 1977.
- Smith, H.K.: The responses of good and poor readers when asked to read for different purposes. *Reading Research Quarterly* 2, 02-84, 1977.
- Stenmark, J., Thompson, V., and Cossey, R.: *Family Math*. Berkeley, CA: Lawrence Hall of Science, University of California, 1987.
- Strang, R., & Rogers, C.: How do students read a short story? *English Journal*, 04, 819-822, 1970.
- Tarver, S.G., Hallahan, D.P., Cohen, S.B., & Kauffman, J.M.: Visual selection attention and verbal rehearsal in LEARD boy. *Journal of Learning Disabilities*, 491-000, 10, 1977.
- Willmer SK, Crane R: A parental dilemma: The child with a marginal handicap. *Social Casework* .1979, 30-60:30.

مساعدة الأطفال لإثبات وجودهم هي أمر مفيد جداً في نموهم . يحتاج الأهل لمعرفة أن سلوك إثبات الوجود غالباً ما يلتبس مع **السلوك العدائي** .

إثبات الوجود Assertion لا يتضمن أذية شخص آخر جسدياً أو معنوياً . سلوك إثبات الوجود يتضمن التعبير عن الحقوق المشروعة للفرد . للطفل حق في التعبير عن حاجاته ، متطلباته ، مشاعره ، وأفكاره . يحتاج الطفل لأن يعرف أن النقاش لإثبات الوجود مع فرد آخر قد يتضمن مفاوضات حول تسوية مناسبة . إن الطفل يفتح السبيل أمام علاقة صادقة مع الآخرين عندما يتصرف بطريقة إثبات الوجود.

سلوك إثبات الوجود هو مهارة يمكن تعلمه والحفاظ عليها بواسطة التمرين المستمر . وهذا السلوك لا يتعلق بما يقوله الطفل فقط بل بالأسلوب الذي يقول به ما يريد . " لغة الجسد " في إثبات الوجود إضافة إلى الكلمات الثابتة تجعل رسالة الطفل أكثر وضوحاً . هذه اللغة قد تتضمن التالي:

١. تحقيق مستمر مباشر في العين .
٢. الوقوف بإستقامة وثبات .
٣. التحدث بوضوح وبصوت مسموع .
٤. التأكد من عدم وجود لهجة ناعمة جداً في الصوت .
٥. إستخدام تعابير الوجه وإشاراته لتشديد التأكيد على الكلمات .

مميزات الطفل الذي لا يثبت وجوده .

جدول رقم - ١ -

١. يخلط بين هدف أن يكون محبوباً وهدف أن يكون محترماً .
٢. سبق وتعلم أن يتصرف بسبل بدنية لأنه يعتقد أنه دون غيره .
٣. لديه مخاوف من أن يكون غير محبوب أو مرفوضاً ، كذلك مخاوف من القلق، تعابير خوف من الغضب أو الإحساس بالرقعة .
٤. غير قادر على ملاحظة الفرق بين الأنانية في معناها السيء وفي معناها الجيد .
٥. يهدف باستمرار لإسعاد الآخرين بسبب مخاوفه من إغظة الآخرين .
٦. يسمح للآخرين بمناورته لوضعه في مواقف لا يريدتها .
٧. يشعر أن حقوق الآخرين أكثر أهمية من حقوقه .
٨. يعي ذاته أمام السلطات ومن هم أرقى منه .
٩. يمكن أنيته بسهولة بما يقوله ويفعله الآخرون .
١٠. يشعر بأنه يدفع جانباً بسبب عدم قدرته على الثبات ليدافع عن نفسه .
١١. يشعر بالدونية لأنه يتصرف بدونية . تجاربه محدودة ولا يستخدم كل قواه .

جدول رقم ٢.

١. يشعر بحرية التعبير عن ذاته . " هذا أنا . هذا ما أشعر ، أفكر ، وأريد " .
 ٢. يمكنه التواصل مع الناس بجميع المستويات - غرباء ، أصدقاء ، عائلة ، هذا التواصل يبقى مفتوحاً ، مباشراً ، صادقاً ومناسباً .
 ٣. لديه توجه إيجابي فاعل في الحياة . يسعى وراء ما يريده . على عكسه ، الطفل السلبي . ينتظر الأشياء لتحدث ، بينما الطفل المثبت لوجوده ينوي أن يجعل الأشياء تحدث .
 ٤. يتصرف بأساليب تظهر إحترامه لنفسه ، يدرك أن الفرد لا يربح دائماً ويتقبل الحدود .
- يصارع دائماً رغم العوائق ليقوم بالأفضل ، فإذا ربح ، خسر ، أو تراجع يبقى محترماً ذاته .

خصائص إثباتات . عدم إثباتات الوجود ، والسبل العدائية لحل المشاكل العدائية

جدول رقم - ٣ -

عدم إثباتات	إثباتات	عدائية
تجنب المشاكل	يتعامل مع الغضب	مهاجمة الشخص
يعني الغضب والرفض	يتعامل مع الغضب	يظهر غضبه بتصرفاته
يعاني نقص الثقة	واثق	عدائي
يتنحي عن حقوقه المشروعة	يطالب بحقوقه المشروعة	يطالب بالحقوق
يرى حقوق الآخرين أهم من حقوقه	يرى حقوق الآخرين مساوية لحقوقه	يرى حقوقه /هم من حقوق الآخرين
يبسط نموذجاً للآخرين لإستغالة الذاتي	يبسط نموذجاً من الإعتراف للتعامل المستقبلي	يبسط نموذجاً من الخوف وتجنب العدائين
يترك الشخص الآخر يتكهن بما يفكر أو يشعر	يترك الشخص الآخر يعرف كيف يفكر أو يشعر	يترك الشخص الآخر يعرف كيف يشعر
يتمنى تحقيق الأهداف	يعمل لتحقيق الأهداف	يعمل لتحقيق الأهداف
يدع الآخرين يختارون نشاطاته	يختار نشاطاته بنفسه	يختار نشاطاته الخاصة ونشاطات الآخرين
يتحدث مع الآخرين باحترام الشخص الآخر فقط	يتحدث مع الآخرين باحترام الآخر ولذاته	يتحدث مع الآخرين باحترام لذاته فقط

عدم إثباتات الوجود، يسمح إذا للآخرين بمعاملتك ، وأفكارك ومشاعرك كيفما يريدون دون أن تواجههم . هذا يعني أن تفعل ما يريده الآخرون بغض النظر عن رغباتك .

إثبات الوجود من جهة أخرى هو التفكير والتصرف بأساليب تطالب بالحقوق المشروعة . هو فعل التعبير عن الأفكار والمشاعر بأسلوب يصف حقك الإنساني الذاتي دون إنتقاص من حقوق الآخرين. **السبل العدائية لحل المشاكل** هو مطالبة بما تريد دون أي اعتبار لحقوق ومشاعر الآخرين . العدائية قد تكون شفوية أو جسدية.

References

- Barkley, R.A.: Defiant Children: A Clinician's Manual for Parent Training. New York, Guilford Press, 1987.
- Bierman KL, Furman WF: The effects of social skills training and peer involvement on the social adjustment of preadolescents. *Child Dev* 55: 101-112, 1984.
- Cotler, S.B. & Guerra, J.J.: Assertion Training: A Humanistic Behavioral Guide to Self Dignity, Champaign, Ill.: Research Press, 1976.
- Forhand R, McMahon R.J: Helping the Non-Compliant Child: A Clinicians Guide to Parent Training. New York, Guilford, 1981.
- Kazdin AE: The Token Economy: A Review and Evaluation. New York, Plenum, 1977.
- Silver LB: The Misunderstood Child: A Guide for Parents of Children with Learning Disabilities, ed
. New York, McGraw-Hill, 1992.

أ. **الإنفعالات** هي المشاعر التي ترافق إداء وظائف الأنا الأساسية . الإنفعالات الجيدة تترافق مع حس بالجودة الحسية ، الإسترخاء العضلي ، أو درجات ممتعة من التوتر . نحن نشعر بالف ، القوة والثقة الجسدية بجسدنا وقدرته على إداء وظائفه . بعكس ذلك الإنفعالات غير السارة تترافق مع ردات فعل متنوعة وغير مريحة جسدياً .

الغضب والمخاضة هي ردات فعل محددة تعكس أداء وظيفياً ضعيفاً للأنا . هذا لا يعني أن نقول أن الأشخاص ذوي الأنا الفاعلة لا يشعرون بالغضب أو الخصومة ولكنهم على الأرجح بعد وقت معقول يتمكنون من السيطرة على أنفسهم حتى مرور الحالة ، ويعبرون عن غضبهم بطريقة مقبولة إجتماعياً أو يتجاوزون الإحباط الذي سبب الغضب .

على مستوى تنموي سلوك المعارضة والسلبية لا يشيد بالضرورة الى المخاضة. فإن من وجهة نظر المحللين النفسيين كدافع غريزي ، أو من إستيعاب النظرية التعليمية كمكتسب للرد على الإحباط ، الخصومة والعدائية، تظهر السلبية كجزء متمم لحالة الطفل في بسط إتصاله مع العالم .

من أجل دفع الأطفال ليتمتعوا بصحة نفسية ، مع إحساس قوي بتقدير الذات
يحتاج الأهل للسماح لأطفالهم بالتعبير عن مشاعرهم بحرية . لسوء الحظ معظم الأهل لا يفعلون ذلك . ما يمنع غالبية الأهل من منح أطفالهم الفرصة للتعبير عن مشاعرهم الحقيقية هو أن الأهل ما كان يسمح لهم بهذا الأمر عندما كانوا أطفالاً . إذا عميقاً في قعر عقلنا اللاواعي نحن نؤمن أنه من الخطأ أن نسمح لأطفالنا بالتعبير عن مشاعرهم الحقيقية **في السنوات بين ٣ و ٦ يتعلم طفل ما قبل المدرسة إما التعبير أو كبت مشاعره .** سنوات ما قبل المدرسة هي

السنوات حيث نشجع أطفالنا لإظهار مشاعرهم . في سنوات الدراسة يمكننا تعليم أطفالنا أن يميزوا متى يمكن إظهار مشاعر معينة بأمان ، ومتى لا يكون من الحكمة أن نظهرها .

الوقت المناسب لبدء تعليم الأطفال أن الناس الآخرين يملكون مشاعرأ هو سن السادسة وليس ما قبل المدرسة . كذلك يمكن تعليم أطفال السادسة أن يحترموا مشاعر الآخرين .

ب. **تعبير الغضب إنما فكرة جيدة أن نسمح لأطفالنا بإظهار جميع**

مشاعرهم السلبية كما الإيجابية . الأطفال ، مثل الكبار لا يملكون السيطرة على مشاعر الغضب ، فهي تأتي إلى الفكر دون طلب أو إستئذان ، وتوجد هنا إذا سمحنا أو لم نسمح لها . فقط عندما يسمح للطفل بإظهار مشاعره السلبية دون خوف وإخراجها من داخله ، يتمكن أيضاً من إظهار مشاعره الإيجابية . خلافاً لذلك ، سيكبت جميع إنفعالاته داخلاً لخوفه من أن الإنفعالات السلبية غير المسموحة ستظهر أيضاً .

إن مشاعر الحب والوداد لن تبرز حتى تنم المجاهدة بمشاعر الغضب والخصومة.

ربما أن السبب في عدم سماح الأهل للأطفال بالتعبير عن مشاعرهم السلبية يكمن في أنهم عندما كانوا هم أطفالاً لم يكن يسمح لهم بإظهار مشاعرهم السلبية . وهكذا يمرر الأهل نفس هذه الممنوعات النفسية لأطفالهم إنها فكرة جيدة أن نمنع الأطفال من أفعال ضد المجتمع مثل الضرب ، السرقة، وغيرها من السلوك العدائي. لكنها ليست فكرة جيدة أن نمنع مشاعره ضد المجتمع. الصغار من الأطفال يميلون للتعبير عن مشاعرهم بحرية حتى يرتكب الأهل خطأ تعليمهم أن لا يفعلوا ذلك .

إذا علم الأهل أطفالهم كبت مشاعرهم ودفعها إلى الأعماق ، جميع أنواع المشاكل النفسية ستتمو بعدة أساليب متخفية .

من المهم للأهل التمييز بين الشاعر والأفعال . يمكن للطفل أن يتعلم السيطرة على أفعاله ، ولكن لا يمكنه أن يتعلم السيطرة على مشاعره .

هذا التمييز بين المشاعر والأفعال هو قاعدة هامة يجب تذكرها طوال فترة نمو الطفل وتطوره وحتى المراهقة .

فإذا أخذنا كمثال شعور الغضب ، ليس بيد الطفل حيلة كي لا يشعر به ، لا يمكنه التحكم بشعوره ، ما يمكن للطفل تعلمه هو السيطرة على الأفعال التي تعبر عن مشاعره الغاضبة بطريقة مضادة للمجتمع مثل ضرب طفل آخر . يمكن للأهل تعليم أطفالهم من سن السادسة وما بعد أن هنال أوقات وأماكن للتعبير عن مشاعرهم ، وأن الطفل بعض الأحيان يجب أن يحتفظ بمشاعره لنفسه وإلا تعرض للمشاكل .

المشاعر المكبوتة تسبب مشاكل نفسية خطيرة . الراشدون في معالجة المشاكل النفسية يتعلمون في العلاج النفسي كيف يعبرون عن مشاعرهم بأسلوب مناسب . علموا الأطفال للتعبير عن مشاعرهم بأسلوب مناسب وهم ما يزالون صغارا . هذا يزيد فرصهم لصحة عقلية جيدة عندما يكبرون . لا يحتاج الأطفال للتعبير عن مشاعرهم بالكلام فقط ، بل أيضا لمعرفة أن اهلهم يفهمون حقاً كيف يشعرون . من المهم لأحد الأبوين أن يظهر لطفله أنه يفهم شعوره بأن يضع مشاعر الطفل في كلماته هو ثم يقولها له .

معظم الأهل ، من جهة أخرى ، يحاولون إقناع الطفل بالتخلي عن مشاعره السلبية . يجب على أحد الأبوين أن يوضح للطفل أنه يفهم شعوره . هذا يصبح أسلوباً في الحياة حيث يتعلم الأهل منح إنتباه هام لمشاعر أطفالهم وإحترام حقهم بامتلاك المشاعر والتعبير عنها . قد نعلم الطفل أن يهدىء روعه عند الغضب بسماع الموسيقى ، حل المركبات أو الإنفراد . السماح للطفل بإظهار مشاعره قد لا يكون العلاج الأفضل لكل الصعوبات ولكنه **الخطوة الأساسية الأولى** لبناء علاقة أهلية جيدة مع الطفل .

References

Grotberg, E., Feindler, E., White, C., et al: Using anger management for prevention of child abuse, In Keller P, Heyman S (eds: Innovations in Clinical Practice: A Source Book Sarasota, FL, Professional Resource Press, pp .1991, 21-5

Spielberger, C.: State-Trait anger Expression Inventory. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, 1988.

Stern JB, Fodoring: Anger Control in Children. A Review of Social Skills and cognitive behavioral approaches. Child Family Behavioral Therapy. 11:1, 1989.

Weisberg, Lynne and Greenberg, Rosalie: When Acting Out Isn't Acting: Understanding Child and Adolescent Temper, anger and behavior disorder. Washington, D.C. The PIA Press, 1988.

يؤثر **ضغط الحياة** بتتوع في الأطفال إعتماًداً على سنهم ونضجهم التتمسوي . أي تدخل فاعل يتطلب معرفة أن كل نوعاً من الضغط له نوع خاص من التأثير ، مع إعتبار موت أحد الأبوين أكثر الضغوط قوة .

يصف **سايليه selye** الضغط كحدث يثير تغييرات جسمية معينة في التوازن العصبي والهرموني للجسم . أنه لم يميز بين الأحداث المرغوبة المفرحة والحوادث المرفوضة غير السارة . لذا ، حسب **سايليه selye** جميع **التغييرات هي ضاغطة** . آخرون إعتبروا إدراك الفرد بغض النظر عن طبيعة الحدث ، كعنصر مقرر حول كمية الضغط التي قد يسببها حدث معين .

ودات الفعل النفسية التي تتبع كارثة طبيعية مثل هزة أرضية معروفة بشكل واسع . الحرب قد تنتج عبئاً عاطفياً متزايداً على أفراد الجنود والمدنيون الذين يقعون في الأسر في منطقة المعارك . الموت أو الانفصال عن أحد الأبوين ، المرض المزمن أو دخول الطفل المستشفى ، ولادة طفل قريب في السن أو تغيير المدرسة هي كلها ضغوطات حياتية هامة .

بالنسبة للرضيع الذي لم يتعلم بعد كيف يمشي ، أو يتكلم ، أو يطور مهارة يدوية ، يمكن للضغط الناتج عن غياب المربية أن يؤدي إلى عواقب خطيرة . لقد أظهرت الإحصاءات الأخيرة أن هؤلاء الرضع يصابون بالإحباط والتقهقر عند غياب المربين والمثيرات . يظهر أن هناك **فترة دقيقة** لمدة حوالي ثلاثة أشهر بعد الحرمان ، حيث تكون عودة المربية أو إحضار بديل يملأ الفراغ بقوة أمر فاعل في مساعدة الرضيع لإستئناف نموه . بعد هذه الفترة الدقيقة ، يصبح تأثير النمو خطيراً حتى لم تمت إعادة اللحمة بين المربية السابقة والطفل . أكثر الضغوط أهمية **لطفل ما قبل المدرسة** هو موت أحد الأبوين أو كليهما . هذا

الطفل يبدو حزيناً ، قانطاً ، محبطاً ، ولديه مميزات أخرى من ردات الفعل الحزينة . يحتاج الطفل إلى الراحة والتأكيد أنه سيحصل على العناية والاهتمام .

غالباً يكون هناك فقدان للتحكم بالمثانة أو الأوعية البولية ، استخدام لكلام طفولي ، وتراجع سيكولوجي إلى مرحلة سابقة من النمو في المجتمع يميزها التعلق بشخص راشد وصعوبة في الانفصال . ضغط آخر مهم لهذا الطفل هو الانفصال عن العائلة بسبب الحاجة إلى عناية طبية . دخول المستشفى قد يسبب قلقاً شديداً . امراض مثل الربو ، حمى الروماتيزم ، أو تصحيح عيوب خلقية تتطلب جراحة ، تنتج ضغطاً مهيماً على الطفل بسبب الألم العظيم المرافق للعملية ومعرفة أن الأبوين القويين لا يستطيعان تخفيف الألم .

الأطباء وطاقم المستشفى عادة يشجعون الطفل ليكون شجاعاً والطفل يتعلم إنكار الألم والخوف من الإجراءات .

العديد من هؤلاء الصغار يصبحون متقهقرين وخجولين ، بما أنه يتم تشجيعهم على التحدث عن الألم والخوف الذي يمرون به . لديهم أيضاً صعوبة في التعبير عن مشاعرهم بالكلمات . ضغط الألم في المرض الجسدي أو تصحيح العيوب الخلقية يتطلب من الأهل وإختصاصيي الصحة إعطاء **الأذن** للطفل كي يتعرف على الألم .

المتطلبات التنموية للطفل في **سن المدرسة** هي استخدام طاقاته الإدراكية المتزايدة ، استثمار نفسه في التعلم والمشاركة الاجتماعية مع الأقران ، غالباً من نفس جنسه . الخسارة الأهلية بسبب الموت هو ضغط خطير في هذا السن .

الطفل في سن المدرسة يمكنه أن يفهم بوعي أن الموت هو خسارة دائمة .

على أي حال ، إدراكه الواعي صلب جداً ، تفهمه لإسباب الموت مجزأ ويتطلب تفسيرات . الخسارة الأهلية أيضاً ، قد تقود إلى تراجع سيكولوجي إلى مرحلة سابقة من النمو وهي الإحباط وعدم القدرة على التعلم والتفاعل مع الأصدقاء .

يحتاج أطفال سن المدرسة نقاشات مفتوحة للأحداث وتعليقات من كبار متفهمين . موت أخ أو أخت أو المرض الشديد ذات تأثير أساسي . يحتاج الطفل إلى مشاركة المجموعة مع أهل الملتاعين ويحتاج للقدرة أن يكون صريحا حول بعض مشاعر الذنب التي تثيرها المنافسات والغيرة الموجودة عند الأطفال . أخلاقية الطفل الشخصية تبرز بشكلها الحاد مع موت أخ أو أخت أو وجود مرض خطير ، يحتاج الطفل لمناقشة مخاوفه مع تأكيدات حول إستمراريته الذاتية المتوقعة .

تأثير المرض الشديد على الأطفال في هذا السن هو ضغط حياتي رئيسي . تجربة المستشفى بذاتها مرعبة ويجب تحضير الطفل لها بالنقاش مع أهل والطبيب ورؤيتها قبل الوقت المحدد كي لا تعود غريبة وغير مألوفة .

وبما أن أفكار الأطفال حول أقسام أجسادهم مجزأة من المهم مساعدتهم ليتعلموا عن داخلهم وكيفية عمل أجسامهم . يحتاج أهل للبقاء بجانب سرير الطفل معظم الوقت .

من المهم للمعلمين أن يتنبهوا للتغيرات في سلوك الطفل في هذا السن ، خصوصا من التعلم إلى عدم التعلم . الطفل السعيد الذي يصبح محبطا أو يبدأ بالتصرف بعناد في الصف قد يكون متورطا بصراع في المنزل أو مر بتجربة ضغط مهين .

طاقم المدرسة الذي يبدي إهتمامه ويعطي أذنا صاغية سيؤمن فسحة هروب لمشاعر الطفل بالقلق ، الأذية ، الخوف والغضب . قد يمكن لهم أيضا مساعدة أهل لملاحظة الحاجة للإفتاح وبدء النقاش حول قلق الطفل ومخاوفه .

الضغط في بداية ومتوسط المراهقة أهداف المراهقة المبكرة هي التعامل مع التغيرات الهرمونية التي تنتج مظهرا لافتا ، الانضمام إلى مجموعة من الأقران ، البدء باستخدام طاقات التفكير العملية المكتسبة سابقا - أي ، التفكير بشكل مجرد في الرياضيات ، العلوم ، التاريخ ، الفلسفة ، الإبداع والحماس لتغيير العالم ، والإستقلالية بشكل تدريجي عن أهل .

في متوسط المرافقة تكون المتطلبات بدء عملية انفصال عن الأهل ، لكن دون غربة . المرافق يستخدم المجموعة لتنمية علاقات حميمة ويبدأ باستكشاف أحاسيس التقرب والود مع مرافقين من الجنس الآخر . التحضير للعمل أو المهنة يبدأ خلال هذه المرحلة .

أبحاث الضغط في خانة هذا السن تورد بالترتيب حسب الأهمية ، موت أحد الأبوين ، موت أخ أو أخت (خصوصاً بواسطة الإنتحار) ، المرض الشديد الحاد، وخصوصاً الأمراض المزمنة ، التي تؤثر في الصورة الذاتية للشخص كصديق مرغوب ومحبوب مهم .

مصدر آخر للضغط الخطير هو **فسادة الدعم الأهلي** عبر خسارة أحد الأبوين لعمله ، الطلاق ، أو غربة أحد الأبوين بسبب مشاعر المنافسة . بعض الأهل قد يحسد إمكانيات التجارب الجديدة ، المليئة بالخطأ ، المفتوحة أمام المرافقين .

حاجة هامة في هذا السن هي لكبير يستمع للمرافق ويعطيه الفرصة للتحدث والإحساس بالتفهم دون إعطائه محاضرات أو نصائح .

قاعدة هامة لتدبير الضغط في أي سن بعد الرضاعة ، المفتاح لتدبير أمر الضغط هو قدرة الكبار على **توقع** ألم الطفل في أوضاع معينة وتوفير جو باعث لتعبير الطفل الحر عن إهتمامه ومشاعره .

كجزء من التربية الأهلية الفاعلة ، يحتاج الكبار لتأمين وجود أهلي للأطفال الذين يواجهون أحداثاً حياتية مؤلمة .

من المهم أن تعطي **توجهات الأهل** إننا للطفل بالتحدث معهم بصراحة ، كما مع المعلمين ومع الآخرين ، حول إهتماماتهم . هذه الحرية تسمح بمشاركة الأحداث الضاغطة مع وجود الكبار الأقوياء المساعدين مما يمكن الطفل من السيطرة على ضغط الحياة بنجاح أكبر وتنمية حس بالمنافسة والقدرة على التحكم .

References

- AACAP: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Anxiety Disorders. J.A.A. Child add. Psych. 32:199, 1993.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M., Valliant G.E.: Life stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. Journal of Nervous and Mental Disease. 166(5):307-316, 1978.
- Askenasy, A.R., Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S.: Some effects of social class and ethnic group membership on judgments of the magnitude of stressful life events: A research note. Journal of Health and Social Behavior. 18:432-439, 1977.
- Burke, R.J., Weir, T.: Sex differences in adolescent life stress, social support and well-being. Journal of Psychology. 98:277-288, 1978.
- Chrousos CP, Gold PW: The concepts of stress and stress systems disorders: Overview of physical and behavioral homeostasis. JAMA 267:1233-1242, 1992.
- Cobb, S.: Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 38:300-313, 1976.
- Coddington, R.D.: The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I. A survey of a professional workers. Journal of Psychosomatic Research. 16;7-18, 1972.
- Coddington, R.D.: The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. Journal of psychosomatic Research. 16;205-213, 1972.
- Despert, J.L.: Emotional factors in some young children's colds. Med. Clin. North Am., 28:603, 1944.
- Gersten, J.C., Langner T.S., Eisenberg, J.G., Orzek, L.: Child behavior and life events: Undesirable change or change per se?, in Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds): Stressful Life Events: Their Nature and Effects. New York, Wiley, pp. 109-170, 1974.
- Glavin GB: Stress and brain noradrenaline: a review. Behav Neurosci Rev 9:233-243, 1980.
- Gold, PW, Goodwin FK, Chrousos GP: Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress, part II. N Eng J Med 319:413-420, 1988.
- Gosse, E.: Father and son: A Study of Two Temperaments, Heinemann, London. 1909 ,
- Graham, D.T., Stevenson, I.: Disease as response to life stress. I. The nature of the evidence, in Lief HI, Lief VF, Lief NEUROLEPTICS (eds): The Psychological Basis of Medical Practice. New York, Harper & Row pp. 110-136, 1973.

References

- Holmes, T.H., Masuda, M.: Life change and illness susceptibility, in Separation and Depression. American Association for the Advancement of Science, pp. 161-186, 1973.
- Holmes, T.S., Holmes, T.H.: Short-term intrusions into the life style routine. Journal of Psychosomatic Research. 14:121-132, 1970.
- Horeling, G., Atwell, S., Linsky, A.: Adolescent life changes and illness: A comparison of three models. Journal of Youth and Adolescence. 7:393-403, 1978.
- Irwin MR, Strausbaugh H: Stress and immune changes in humans: A biopsychosocial model. In Gorman JM, Kertzner RM (ed): Psychoimmunology Update. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 55-79, 1991.
- Johnson, EO, Kamilaris, TC, Chrousos, GP, et al: mechanisms of stress: A dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. Neurosci Biobehav Rev 16:115-130, 1992.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser, R: Stress and the immune system: Human studies. In Tasman A, Riba MB(eds): Review of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 169-180, 1992.
- Miller, AH, Stein, M.: The immune system and depression. In Tasman A, Riba MB (eds): Review of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 181-201, 1992.
- Prugh D.G.: Toward an understanding of psychosomatic concepts in relation to illness in children. In: Modern Perspectives in Child Development. (A. Solnit and S. Provence, Eds.). New York, International Universities Press, 1973
- Rahe, R.H.: Life-change measurement as a predictor of illness. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 61:1124-1126, 1968.
- Schanberg, S.M., Field, T.M.: Maternal deprivation and supplemental stimulation. In Field TM, McCabe PM, Schneiderman N (eds): Stress and Coping Across Development. Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp. 3-20, 1988.
- Selye, H.: A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature 138:32, 1936.
- Sigal, J.J.: Enduring disturbances in behavior following acute illness in early childhood: Consistencies in four independent follow-up studies. In: The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk. (E.J. Anthony and Koupornik, Eds.). New York, Wiley, 1974.
- Spitz, R.A.: The psychogenic diseases in infancy. An attempt at their etiologic classification. Psychoanalytic Study of the Child. 8:65-78, 1953.
- Weiss, J.M., Sundar, S.: Effects of stress on cellular immune responses in animals. In Tasman A, Riba MB (eds): Review of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 145-168, 1992.
- Wyler, A., Masuda, M., Holmes, T.H.: Magnitude of life events and seriousness of illness. Psychosomatic Medicine. 33:115-122, 1971.

الفصل ١٠ السلوك الجنسي في الطفولة والمراهقة

الجنس العضوي يعتمد على عناصر هرمونية وكروموزومات وغدد تناسلية كما على بنية الجهاز التناسلي الداخلي وتشكل الأعضاء التناسلية الخارجية. العنصر الأكثر أهمية في تحديد جنس الرضيع هو إظهار الأعضاء التناسلية الخارجية .

إن إطلاق النضج الجنسي يدل على بدايته بزيادة إفراز الهرمونات في الغدد التناسلية . عند الصبيان والبنات معا ، يظهر مستوى " الأندروجين " في الدم ارتفاعاً حاداً ، وعند البنات ، هناك زيادة كبيرة في مستوى " الإستروجين " . يبدأ النضج عند الفتيات قبله عند الصبيات . نمو الثديين وظهور شعر العانة يليهما بدء الدورة الشهرية . عند غالبية الفتيات ، تبدأ الدورة الشهرية حوالي سن الثانية عشرة ، مع ذلك ، قد تبدأ عند البعض مبكراً في سن التاسعة أو مؤخراً في سن السابعة عشرة .

عند الصبيان ، يزيد مع النضوج حجم الأعضاء التناسلية ، ويتغير الصوت (يتخرش) نتيجة نمو الحنجرة ، ولاحقاً ، نمو شعر الوجه . القذف يبدأ عادة حوالي سن الرابعة عشرة ، ويتراوح بين سن الثانية عشرة والسابعة عشرة .

الأطفال يبدأون بملاحظة أنفسهم كصبيان أو بنات خلال السنوات الثلاث الأولى من الحياة . خلال سنوات الدراسة الأولى تشيع كثيراً ألعاب جنسية تتضمن إستكشافاً أو إستراق نظر للمناطق التناسلية عند الصبيان والبنات . في متوسط الطفولة ، يصبح واضحاً الآن ، بعكس ما **يفترضه فرويد Freud** أن الإهتمامات الجنسية والنشاطات الإستيمائية لا تنقصر ، على الأرجح ، يأتي الطفل لإستنتاج أن مثل هذه النشاطات لا يحتملها الكبار كثيراً وهكذا لا يقوم بها في العلن . في الواقع ، عملية الاندماج الإجتماعي تتطلب من الأطفال السيطرة على النشاطات الجنسية مع دخولهم المدرسة ، ويتوافق الأهل مع المعلمين حول عدم ملائمة مثل هذا السلوك في العلن .

الإستئماء والمداعبة الجنسية قد تصبح سبباً لإهتمام الأهل عندما يظهر السلوك بأوضاع غير مناسبة أو يتكرر بكثرة . رغم أنه لا قاعدة يمكن الإحتكام إليها حول نسبة التكرار الطبيعية ، فالطفل الذي ينغمس في إثارات تلقائية يومية متكررة أو يفضل الألعاب الجنسية على جميع ما عداها من ألعاب هو بحاجة لمراجعة نفسية . الإنهماك بالجنس ونشاط الإستئماء المفرط قد يكون نتيجة لفشل الطفل في المساهمة بالتفاعلات الإجتماعية ولكي يستحصل على المتعة من أنواع أخرى من التفاعل مع بيئته .

الأطفال المحبطون والمتقهقرون قد يحاولون تحسين مزاجهم أو تحريف قلقهم بالإثارة الذاتية . المواضيع الجنسية قد توجد كإفكار تملك الطفل رغم نيته بشغل إنتباهه عنها .

بعض الأطفال يتعرضون **لنشاطات جنسية من الكبار** في المنزل ويفشلون في تطوير التحكم الإجتماعي المطلوب على دوافعهم الجنسية ، وينغمسون بمثل هذه النشاطات في العلن . الأطفال المنحرفون أو أولئك الذين يعانون صعوبة في التحكم بدوافعهم لا يتمكنون أو لا يريدون الإنصياع لما يتوقع منهم مجتمعهم من سلوك .

عند الصغار جداً من الأطفال قد يعود الإنشغال بالأعضاء التناسلية إلى مشاكسات جنسية أو فساد لا يمكن للطفل وصفه . **فلال المراهقة المبكرة ، قد ينغمس الصبيان بالألعاب الجنسية مثل إظهار أعضائهم التناسلية أو لمس وتجنس أعضاء رفاقهم** . هذا النوع من السلوك ليس نذيراً على الشذوذ الجنسي لاحقاً ، مع ذلك الأطفال الذين يصبحون شاذين جنسياً عندما يكبرون قد ينغمسون أيضاً في مثل هذه النشاطات .

شكوى الأهل وإهتمامهم حول سلوك أطفالهم الجنسي يتطلب دائماً تقويماً شاملاً للطفل وإستكشاف متعمق لآراء الأهل وتوجهاتهم بالنسبة لتوقعاتهم حول النمو

الجنسي للطفل . عندما يكون سلوك الطفل بكل وضوح ضمن النطاق الطبيعي للنشاط الجنسي في سنه ، يكفيهِ المساندة والتفسير ، من جهة أخرى قد تكون نشاطات الطفل الجنسية أعراضاً **لمشاكل نفسية** أخرى أو علاقات متوترة بين الطفل وأهله . هذه الأوضاع تحتاج تدخلاً صارماً . ربما يكون هناك حاجة لعلاج نفسي عائلي و/ أو فردي لشفاء الحالة .

المراهقون من الصبيان والبنات قد يلجأون إلى العلاقات الجنسية المغايرة أو المثلية (الشاذة) كعلاج لإحساسهم بالوحدة والإحباط أو كبديل لفقدان السند العاطفي من عائلاتهم . **آخرون قد ينصاعون لعلاقات جنسية مع الكبار لتأمين مشاعر الحماية والرغبة** . العلاج عند هؤلاء المرضى يجب أن يتوجه إلى الإنزعاج العاطفي الكامن والسيطرة على النتائج غير المرغوبة وغير المخططة للسلوك الجنسي ، مثل الحمل أو مرض الزهري .

الخوف من الشذوذ الجنسي عند المراهقين من صبيان وبنات قد يعود إلى القلق حول تقبلهم من الجنس الآخر أو مشاعرهم القوية تجاه أشخاص من ذات جنسهم . استكشاف طبيعة هذه المشاعر وتوضيح معنى هذه التصرفات يكون عادة كافياً لإعادة الأمان لهؤلاء المراهقين .

References

- Bornstein, B" :.On Latency ",in Eissler, R.S., et al. (Eds.), The Psychoanalytic Study of the Child, vol. 6, pp. 279-280, International Universities Press, New York, 1901.
- Coates, S., and Person, E.S.: Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24, (6) 702-709, 1985.
- Committee for Children: Talking About Touching: A Personal Safety Curriculum. Seattle, Washington, 1987.
- Ducharme JR, Forest MG: Normal Pubertal development. In Bertrand J, Rappaport R, Sizonenko PC (eds): Pediatric Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Aspects. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 372-383, 1993.
- Erik, H.: Ch.5, The Theory of Infantile Sexuality. Childhood and Society W.W. Norton. New York, pp. 48-108 [focus on pp. 48-59] 1963.
- Erikson, E. H.: Identity: Youth and Crisis. New York: Norton, 1968.
- Freud, A" :.A Psychoanalytic View of Developmental Psychopathology, Journal of the Philadelphia Association of psychoanalysis, 1:7-17, 1974.
- Freud, A.: Adolescence. Psychoanalytic Study of the Child 13:200-279, 1958.
- Freud, S" :.Outline of Psychoanalysis ",in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (hereafter: The Standard Edition), vol. 23, p.200, Hogarth Press, London, 1961.
- Freud, S" :.The Ego and the Id ",in The Standard Edition, vol. 19, pp. 3-66, Hogarth Press, London, 1961
- Freud, S" :.Three Essays on the Theory of Sexuality," in The Standard Edition, vol. 7, pp. 120-243, Hogarth Press, London, 1903.
- Freud, S.: Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Standard Edition, Vol. 20, 1926.
- Friedrich WN: Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. Child Abuse Negl 17:59-76, 1993.
- Greenacre, P" :.Anatomical Structure and Superego Development ".American Journal of Orthopsychiatry, 18:736-748, 1948.
- Greenacre, P.: The influence of infantile trauma on genetic patterns. In: Psychic Trauma .Ed. S.S. first. New York: Basic Books, pp. 108-153, 1967.
- Herman-Giddens, ME, Sandler, AD, Friedman, NE: Sexual precocity in girls: An association with sexual abuse? Am J Discipline Child 142:431, 1988.
- Ramsey, C.V.: The sexual development of boys. Am.J. Psychology, 56:217-233, 1943.
- Solnit, A.J., Call, J.D., Feinstein, C.B.: Ch. 10, Psychosexual Development: Five to Ten Years, op. Cit. Pp. 184-190,

References

Sorensen, R. C.: Adolescent Sexuality in Contemporary America. New York: world Publishing, 1973.

Surbey, M.K.: Family composition, stress, and the timing of human menarche. In Bercovitch FB, Zeigler TEGRETOL (eds): The Socioendocrinology of Primate reproduction. New York, Alan R. Liss, 1990.

Williams, K., Goodman, M., and Green, R.: Parent-child factors in gender role socialization in girls. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 26 (1), 720-731, 1980.

Zucker, K.J., Bradley, S.J., Doering, R.W., and Lozinski, J.A: Sex-typed behavior in cross-gender-identified children: Stability and change at a one-year follow-up. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24 (1), 710-719, 1980.

المراهقة هي الفترة الممتدة ما بين بدء النضوج وسن العشرين . السلوك خلال المراهقة يتأثر بتغيرات عضوية ، تغيرات في العلاقات العائلية والتأثير الحضاري . الاختلافات الفردية مهمة بشكل خاص في المراهقة ولها تأثير هائل على السلوك . على أي حال ، هناك سلسلة من **المتطلبات التنموية** التي يواجهها كل شخص خلال سنوات المراهقة .

تقسم المراهقة إلى ثلاثة مراحل : المراهقة المبكرة ، المتوسطة ، والمتأخرة . تتنوع الحدود بين هذه المراحل من فرد إلى آخر .

المراهقة المبكرة تمتد المراهقة المبكرة من ١٢ إلى ١٤ سنة . هذه المرحلة تتميز بتقلب المزاج ، الميل للعودة إلى السلوك الطفولي ، تقلب عاطفي ، ومسلوكيات فجائية . المشاعر والمسلوكيات الإضافية التي تميز هذه الفترة تتضمن القدرة على الأفكار المجددة ، التحرك نحو الإستقلالية ، البحث عن **أشخاص جدد** **بحبهم إضافة إلى الأهل** ، الميل إلى التعبير عن المشاعر بالأفعال بدلا من الأقوال ، جفاء من وقت لآخر مع الأهل ومع الآخرين ، والتأثير القوي للإقران في مختلف مجالات الاهتمام . **النضج الجنسي** هو مرحلة تنموية هامة يواجهها المراهقون في هذه المرحلة . البنات تكون أكثر نضجا من الصبيان . هناك إهتمام أكبر بالخلوة وإهتمام بالوجود مع أصدقاء من نفس الجنس ونشاطات جماعية . بعض المراهقين قد يصبح خجولا ومحتشما بينما آخرون قد يصبحون بحب الظهور . هناك إختبار بالجسم (**الإستئماء أو العادة السرية**) . كذلك قد تحدث في هذه الفترة تجارب للسجائر والكحول .

المراهقة المتوسطة تمتد المراهقة المتوسطة من ١٤ إلى ١٧ سنة . خلال هذه المرحلة يكتسب المراهقون مهارة إجتماعية أكبر ، أساليب أكثر إقناعا ، وإحتمالا أكبر **لعدم التوافق** مع الآخرين . في حركتهم نحو الإستقلالية ، ينمي المراهقون

تقديرًا أقل للأهل ، جهدًا زائدًا لإيجاد أصدقاء جدد ، تركيزًا أكبر على **مجموعة الأقران** ، مشاعر بغرابة الذات ، التعاقب بين توقعات رفيعة ومفهوم ذاتي ضعيف ، وأقصى الإهتمام بالمظهر والجسم في مجال **النغم الجنسي** ، هناك إهتمام بالجاذبية الجنسية ، تغيرات متكررة في العلاقات ، مشاعر بالحب والعاطفة الجامحة ، وخوف من الشذوذ الجنسي . في هذه المرحلة أيضاً هناك إهتمام بتطور المثاليات والنماذج ، عقلانية وضمير أخلاقي .

المراقبة المتأخرة تمتد المراقبة المتأخرة من ١٧ إلى ٢٠ سنة . هذه هي فترة تثبيت الهوية . يبدأ المراقبون خلال هذه المرحلة بإعطاء الإجابة للخاصة والعامة معاً عن سؤال من أنا ؟ . هنا تتم خيارات الحياة الهامة . **السلوك الإجتماعي** يصبح أكثر فاعلية ، وتثبت الأخلاقيات ، تغيرات إدراكية هامة تصل إلى ذروة نموها في المراقبة المتأخرة . هذه المرحلة يمكن أن تصل إلى مفاهيم عامة بعد تفحص حقائق وإحتمالات متنوعة . في هذه المرحلة يتضمن التحرك نحو الإستقلالية قدرات متطورة على **المكافأة المتأخرة** ، التعبير عن المشاعر بالكلمات وإتخاذ قرارات مستقلة والقدرة على التراضي . هناك إعتداد أكثر على الذات ، إعتزاز بالعمل الشخصي ، وحس أفضل بالمرح . هناك أيضاً إستقلالية عاطفية أكبر وإهتمام بالآخرين .

إهتمامات المهنة تتضمن عادات عمل أكثر تحديداً ، مستوى أعلى من الإهتمام بالمستقبل ، وتفكير بدور الشخص في الحياة .

النغم الجنسي خلال هذه المرحلة يتضمن إهتمامات بعلاقات جدية ، هوية جنسية واضحة وطاقة متزايدة على الرقة والحب . الإعتبارات الأدبية تتضمن الضغط على الكرامة الشخصية وتقدير الذات ، قدرة أكبر لتحديد الأهداف والسعي لتحقيقها ، وتقبلاً أكبر للمؤسسات الإجتماعية والتقاليد الحضاري .

من المهم للأهل والمعلمين أن يتذكروا أن هناك على الأقل ستة أشياء يحتاجها المراهقون إلى حد الإستقلال .

١. **المحب** دون حب الأهل ، يواجه المراهق صعوبة بتطوير حسه بالثقة ، القيمة الذاتية ، والإنتمان .

٢. **المكان** يحتاج المراهقون إلى غرفة للنمو ، التفكير ، التعلم ، وإرتكاب الأخطاء . الوقائية المفرطة أو التدخل المفرط يمنع الإستقلالية .

٣. **الأصدقاء** يساعد الأصدقاء في الإنتقال من المنزل إلى العالم الخارجي ، ويقدمون الراحة ، الأمان ، والتعاطف .

٤. **التقاليد** فيما إذا كانت دينية ، روابط عائلية أو طقوس إحتفالية ، التقاليد تعطي المراهقين جذورهم .

٥. **الحدود** يحتاج كل مراهق إلى حدود كي يتعلم العمل في العالم الحقيقي . قوانين تأمن قاعدة من الأمان . حتى لو حاربها المراهق ، سوف يعلم ماذا يحارب .

٦. **الكبار** يحتاج المراهق أن يعرف أن هناك من هو أكبر منه ليتحدث إليها عندما تتعدد الأمور ، يحتاج نموذجا متواجدا ، متفهما وحكيما .
المتطلبات النفسية خلال المراهقة تتكون من :

١. **تشكيل الهوية**.

٢. القدرة على **إستبقاء حس بالتمييز** . ليس كمثّل الأطفال الذين تعاملهم عائلاتهم بتمييز ، المراهقون يواجهون للمرة الأولى بالمتطلبات الواقعية ويتم تقييمهم حسب إنجازاتهم .

٣. على المراهقين أن يصلوا مرحلة وعي **التغيرات الجسدية** . التغيرات في المظهر قد تحول طفلا جذابا في السابق إلى مراهق أقل جاذبية .

٤. القدرة على مناقشة حاجات الإستقلالية وعدم الإستقلالية في العلاقة مع الأهل ومجموعات الأقران .

٥. تطور الطاقات والمهارات . هذا يعود معاً إلى تطور قدرات الإدراك التي تسرع التكيف وإلى التجارب المحددة .

٦. التحكم في زيادة المشاعر الجنسية وتطور القدرة على التعبير عنها دون الوقوع في الإندفاع أو الإمتناع .

٧. التحول في علاقات الحب الأولية من العائلة إلى شريك مختار .

٨. التحكم بالعدائية وتطور القدرة على التعبير عن الحاجات والمتطلبات دون الوقوع في المخاصمة أو فرط الاحتمال.

يركز مفكرو التحليل النفسي على التوجهات المشوشة للمراهقين . وقد اعتبرت المراهقة كفترة من الإضطراب النفسي وعدم التنظيم . على أي حال، لاحظت الدراسات المؤخرة أن ٢٠ بالمئة فقط من المراهقين يظهر إضطراباً نفسياً مستمراً، ٦٠ بالمئة قد يختبرون إضطراباً مؤقتاً و ٢٠ بالمئة يحافظون على نظامهم وتكيفهم . إضافة إلى ذلك ، تظهر بعض الدراسات أن ٨٠ بالمئة من المراهقين الذين يختبرون إضطراباً حاداً ينمون مرضاً نفسياً خلال عشريناتهم والثلاثينات . هذه الملاحظات الأخيرة تفترض أن الإضطراب القوي المستمر خلال المراهقة هو مغير للمرض النفسي .

References

- Anthony, E.J.: The reaction of adults to adolescents and their behavior. In A. W. Esman, ed. *The Psychology of Adolescence*. New York: International Universities Press, 1970.
- Aries, P.: *A Social History of Adolescence in The Psychology of Adolescence*. Edited by A. H. Esman, New York: International Universities Press, 1972.
- Baittle, B., and Offer, D.: On the nature of the male adolescent rebellion. *Adolescent psychiatry* 1:139-160, 1971.
- Blos, P.: *The Young Adolescent*. New York: Free Press, 1974.
- Blotcky, M.J. and Looney, J.G.: Normal female and male adolescent psychological development: an overview of theory and research. *Adolescent Psychiatry*, 8:184-199, 1980.
- Blum, H.P.: Acting out and interpretation, *Annals of Psychoanalysis* 4:164. New York International Universities Press, 1976.
- Cohen, M. Adler, N., Beck, A., et al: Parental reactions to the onset of adolescence. *J Adolesc Health* 8:101-106, 1986.
- Cohler, B., Weiss, J., & Grunfebaum, H.: Child care attitudes and emotional disturbance among mothers of young children. *Genet. Psychol. Monogr.*, 82:3-47, 1970.
- Josselyn, I.: The ego in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24:223-237, 1954.
- Kiell, N.: *The Universal Experience of Adolescence*. New York: International Universities Press, 1964.
- Masterson, J.: *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston: Little, Brown, 1967.
- Miller, D.: *The Age Between: Adolescents in a Disturbed Society*. London: Hutchinson. 1969.
- Offer, D.: *The Psychological World of the Teenager*. New York: Basic, 1969.
- Oldham, D.G.: Adolescent turmoil: a myth revisited. *Journal of Continuing Education in Psychiatry* 39:23-32, 1978.
- Piaget, J.: *Intellectual Development of the Adolescent*. From *Adolescence: Psychology of Adolescence*. New York: International Universities Press. 1970.
- Piaget, J.: *The Intellectual Development of the Adolescent*. From *Adolescence: Psychosocial Perspectives*. Edited G. Caplan and S. Lebovici. New York: Basic Books, 1969.
- Polansky, N.A., Borgman, R.D., & Deasix, C.: *Roots of Futility*. London: Jossey-Bass. 1972.
- Sarason, I.G., Johnson, J.H., Siegel, J.M.: Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46(5): 932-946, 1987.

References

Stone, L.J., and Church, J.: Childhood and Adolescence. New York: Random, 1967.

Theintz, G.E., Sizonenko, P.C.: Physical exercise and hormones. In Bertrand j, Rappaport R, Sizonenko PC (eds): Pediatric Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Aspects. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 487-494, 1993.

Thomas, A., and Chess, S.: Temperament and Behavior Disorders in Children. New York, New York University Press, 1978.

Tolpin, M.: Self-objects and oedipal objects: A crucial development distinction. Psychanal. Study Child, 18:187-189, 1978.

Vaillant, G.E.: Adaptation to Life. Boston: Little, Brown, 1977.

Weiner, I., and Del Gaudio, A.: Psychopathology in adolescence. Archives of General Psychiatry, 33:187-193, 1976.

الصدق أو عدم الصدق يكتسب في المنزل . غالباً ما يهتم الأهل عندما يكذب طفلهم أو ولدهم المراهق . بعض الكذب الذي قد لا يكون خطيراً هو عندما يؤلف الأطفال الصغار في سن الرابعة إلى الخامسة قصصاً بأنفسهم . هذا نشاط طبيعي لأنهم يستمتعون بسماع القصص ويخترعون قصصاً من أجل المتعة . هؤلاء الأطفال قد يلتبسون في التمييز بين الواقع والخيال . عندما يكون الأطفال في سن ما قبل المدرسة أو سني الدراسة المبكرة ، يشغل الخيال موقعا مهما في نموهم .

يجب على الأهل أن لا يفكروا في القصص الخيالية ككذب . يجب تعليم الطفل تدريجياً أن يميز بين الواقع والخيال . قبل سن الثالثة ، ليس للطفل مفهوماً عن الأخلاقيات أو الأدبيات .

إن الطفل أو المراهق قد يقول كذبة **ليتجنب** القيام بشيء ما أو ينفي المسؤولية عن تصرفه . البعض يعتبر الكذب مقبولا في أوضاع معينة مثل عدم إخبار صديق أو صديقة بالأسباب الحقيقية لوقف الصداقة معهم كي لا تؤذي شعورهم .

بعض المراهقين كي يكذبون أيضاً لحماية خصوصياتهم أو مساعدة أنفسهم للإحساس بالإنفصال النفسي عن أهلهم . من جهة أخرى ، قد يقع الأطفال أو المراهقون في سلسلة من الكذب **المتكرر** . فهم يعتبرون أن الكذب هو الطريقة الأسهل للتعامل مع متطلبات الأهل والمعلمين . أيضاً يستخدم آخرون الكذب بشكل معتاد لتغطية مشاكل خطيرة أو لإستغلال الآخرين .

الأهل هم نماذج مهمة لأطفالهم . من المهم للأهل أن يتحدثوا مع أطفالهم بدائل للكذب . الكذب هو أحد تلك الأمور التي تقلق الأهل ، مما قد يكون السبب الفعلي

لإقدام الطفل عليه - لأنه هو المفتاح. أيضاً ، لفت الإنتباه ، القدرة ، والإنتقام قد تكون أسباباً لكذب الطفل . قد يكون الكذب أيضاً إشارة مرضية على **الضغط** .

الطفل الذي يلجأ إلى الكذب فجأة يرسل إشارة يائسة . الكذب والتحريف هما في قمة اللاتحة للأطفال الذين لا يشعرون بخير حول أنفسهم ولا يتماشون بشكل جيد.

شيء مهم كي يتفهمه الأهل هو أنه عند العديد من الأطفال ، يحدث الكذب أحياناً في حياتهم وهو ليس مدمراً . الإحراج والعقاب ليس هو المطلوب لحل المشكلة .

يحتاج الأهل للتوضيح أن الكذب ليس تصرفاً مقبولاً وأن النتائج تعني شيئاً يختلف عن العقاب . العقاب حين يكون أحد الأبوين غاضباً جداً " سأنال منك " . يجب على الأهل أن يكونوا صادقين مع أنفسهم . يجب أن يتجنبوا المستوى **المزدوج** .

لا يجب أن يقولوا للطفل أن الكذب غير مسموح ، ثم يكونون أول من يكتب عذراً كاذباً لطفل لا يذهب إلى المدرسة وكذلك يجعلون الطفل يكذب عن سنه كي يوفدوا المال لدخول السينما . يجب على الأهل أن يكونوا صادقين مع أنفسهم خصوصاً مع المراهقين . على الأهل أن يسألوا أنفسهم إذا أرادوا معرفة الحقيقة . بعض الأحيان ، لا يريد الأهل فعلياً معرفة ما إذا كان المراهق الكبير قادر جنسياً ويعطونه هذه الرسالة " لا أريد أن أعرف " .

الجدول التالي يختصر بضعة حقائق عن الكذب.

الجدول رقم ١

حقائق عن الكذب

حقائق	ما يجب فعله
١ الأطفال في سن الرابعة وما دون لا يمكنهم معرفة الفرق بين الحقيقة والخيال. /كاذبيهم ليست شريرة، هي مجرد رغبات في أفكارهم.	١ لا يجب تحقير الطفل بطريقة تجعله يشعر وكأنه مجرم . لا يجب مناداته بالكاذب.
٢ الأطفال في سن الخامسة، السادسة، والسابعة يكذبون غالباً كوسيلة لاختبار السلطة ولحماية أنفسهم.	٢ للوصول إلى الحقيقة، علينا القول: "أخبرني كيف كان الأمر، لا كيف تريد أن يكون." دع طفلك يعلم أنك تحترمه لأنه قال الحقيقة.
٣ المراهقون يكذبون للتعامل مع الأمور التتموية مثل التلقائية.	٣ علينا النظر إلى النماذج. هل يكذب بأمر واحد أو على شخص واحد فقط؟ غالباً ما يخبرنا النموذج عن المشكلة أكثر مما نخبرنا الكذبة ذاتها.
٤ الأرجح أن يكذب الأطفال على الأهل أكثر منهم على الإخوة.	٤ يجب استخدام أسلوب "كيف يمكن أن تشعر؟" مع أطفال سن المدرسة. يجب إخبارهم أنهم سيخسرون الثقة وحتى الأصدقاء إذا كذبوا.
٥ إخفاء المعلومات هو شكل آخر من الخداع.	٥ معرفة أنك تريد الاستماع إلى الحقيقة بكل بساطة، حتى ولو كان في الأمر مشكلة، هو غالباً أمر شديد المساعدة.

علينا الاهتمام عندما يصبح الكذب وسيلة الطفل الأكثر تكراراً لحل مشاكله

References

- Facts for Families. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Washington DC.
- Olweus D., Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. Psychol. Bull. 86, 802-870, 1979.
- Osborn S.G., Moving home, leaving London and delinquent trends. Brit. F. Criminol. 20, 0-71, 1980.
- Pasamanick B., Rogers M.E. & Lilienfeld A.M., Pregnancy experience and the development of behavior disorder in children. Amer. F. Psychiat. 112, 613-618, 1956.
- Quay H.C., Patterns of aggression, withdrawal and immaturity. In Quay H. C. & Werry J.S. (eds.) Psychopathological Disorders of Childhood (2nd ed.), pp 1-2 Wiley, New York, 1979.
- Rutter M., Maughan B., Mortimore P., Ouston J. with Smith A., Fifteen Thousand Hours, Secondary Schools and their Effects on Children. Open Books, London. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1979.
- Shapland J., Self-reported delinquency in boys aged 11 to 14. Brit F. Criminol. 18, 200-266, 1978.

الفصل ١٣ السرقة عند الأطفال

يقلق الأهل عندما يسرق طفلهم أو ولدهم المرافق . الطفل الصغير قد يأخذ عادة شيئاً يحبه حتى بلوغه سن **الثالثة إلى الرابعة** . يمكن أن لا يعتبر هذا سرقة . يبدأ الطفل أن يفهم بأن شيئاً ما ليس له عادة حوالي سن الخامسة . بعض الكتاب يعتبرون أن اخذ الأشياء قبل سن **السادسة** ليس سرقة متعمدة . بعض الأطفال يأخذون غالباً ما يريدون عندما يرونه . يجب تعليمهم بشكل تدريجي مفهوم المشاركة ويجب تعليمهم أن يسألوا أو يطلبوا إذا أرادوا شيئاً .

الأطفال الكبار والمرافقون يسرقون لأسباب متنوعة . قد يسرقون بسبب ضغط من الأقران أو لإظهار شجاعتهم أمام الأصدقاء أو بسبب الحاجة إلى المزيد من الاهتمام . بعض الأطفال يسرقون بسبب الفقر . يبقى آخرون قد يسرقون بسبب الغضب من الأهل ويحاولون " الإسترداد " لأنهم يدركون أن أهلهم لا يعطونهم الحنان والتفهم الكافي . يجب على الأهل بذل أقصى الجهد لإعطاء الاهتمام للطفل كعضو مهم في العائلة .

التدابير المناسبة إذا إتخذ الأهل التدابير المناسبة ، تتوقف السرقة مع نمو الطفل . ومما يوصى به إذا إكتشف الأهل أن طفلهم قد سرق أنهم يجب :

١. أن يخبروا الطفل أن السرقة خطأ .
٢. أن يساعدوا الطفل ليدفع الثمن أو يعيد الشيء المسروق .
٣. أن يتأكدوا من عدم إفادة الطفل من السرقة تحت أي ظرف كان .
٤. **أن يتجنبوا التنبأ بمستقبل سلوكي سيء وأن يتجنبوا القول أنهم الآن يعتبرون لصاً .**
٥. يجب إيضاح أن هذا السلوك غير مقبول كلياً ضمن تقاليد العائلة .

٦. بعدما يدفع الطفل الثمن أو يعيد الأشياء المسروقة ، لا يجب فتح هذا الموضوع ثانية من قبل الأهل.

٧. إذا كانت اللصوصية مستمرة وتواصلت السرقات رغم هذه التدابير ، ربما تكون السرقة ناتجة عن مشاكل أكثر خطورة في التطور العاطفي للطفل .

الأطفال الذين يسرقون باستمرار لا يثقون بالآخرين ولا يتمكنون من إقامة

علاقات حميمة . بدلا من الشعور بالذنب ، يلقون اللوم على الآخرين ، إستنادا إلى مبدأ " بما أنهم يرفضون إعطائي ما أحتاج ، سوف أخذه بنفسني " .

بعض الأطفال يسرقون خوفا من الإتكالية . إنهم يرغبون أن لا يتكلوا على أحد مبكرا في حياتهم ، وهكذا يسرقون ما يحتاجونه . عند معالجة طفل يسرق باستمرار يكشف /خصائي الأسباب الكامنة وراء الحاجة للسرقة ويخطط للعلاج . أمر مهم في العلاج هو مساعدة الطفل كي يتعلم إقامة علاقات مع الآخرين والعمل مع العائلة لمساندة الطفل في التحول إلى سبيل أفضل في نموه .

References

- Belson W.A., Juvenile Theft: The Causal Factors. Harper and Row, London, 1970.
- Davies J. G.B. & Maliphant R., Refractory behaviour in school and avoidance learning. F. Child Psychol. Psychiat. 10, 23-32, 1974.
- Facts for Families. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Washington DC.
- Hirschi T., Causes of Delinquency. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1969.
- Jenkins R.L., Behavior Disorders of Childhood and Adolescence. C.C. Thomas, Springfield, Illinois, 1973.
- McCord W. McCord J. & Zola I. K., Origins of Crime. Columbia University Press, New York, 1969.
- Moore D.R., Chamberlain P. & Mukai L.H., Children at risk of delinquency: a follow-up comparison of aggressive children and children who steal. F. Abnorm. Child Psychol. 7, 1979, 300-340.
- Robbins, L.N.: Deviant Children Grown Up. Baltimore: Williams & Wilkins, 1966.

من المهم أن يعلم الأهل أن ما يفعلونه لمشاعر الطفل يمكن أن تؤذيه بقدر ما يؤذيه الضرب . هذا يجذب الانتباه إلى عنوان الإنتهاك الجنسي والإهمال . يحتاج الأهل لمعرفة أن الأطفال يعتمدون كلياً تقريباً على ردة فعل أهلهم ليعرفوا ما إذا كانوا جيدين أم سيئين ، محبوبين أو غير محبوبين . **تظهر الإحصاءات أن عدداً لاقتاً من الأطفال يزنون كلمات أهلهم وقد يستنتجون الأسوأ عن أنفسهم .**

تظهر الإحصاءات أيضاً أن **الإنتهاك العاطفي** يوجد في جميع العائلات وفي كل زوايا المجتمع ، وبين المتقنين وغير المتقنين . بعض الأهل يعتقدون أن النظام يكون أكثر فعالية إذا تضمن ألماً عاطفياً . بينما الآخرون يربون أطفالهم بكل بساطة كما رباهم أهلهم ، حتى لو تضمن ذلك جرعات قوية من النقد والحب المتناقص عندما يسيء أطفالهم التصرف . بعض تقنيات التربية الأهلية المعينة هي ، بالوصف الدقيق ، إنتهاكية عاطفية . **يحتاج الأهل للتعبه والإحتراز من هذه الكلمات المنزوة والتوجهات غير المناسبة :**

١. **التخلي** إذا كان أحد الأبوين يضع شيئاً ما دائماً في الأولوية ، فهذا يخبر الطفل أنه يأتي في المرتبة الثانية . هذا النوع من الإهمال سيء خصيصاً عندما يخرج أحد الأبوين من حياة الطفل .

٢. **اللوم** الأطفال الذين يلامون لأمر خارجة عن سيطرتهم سوف يصل بهم الأمر للإعتقاد بمسؤوليتهم عن كل ما يحدث في العائلة ، مما يقود إلى شعور مهين بعقدة الذنب .

٣. **النظام القاسي** العقوبات التي يقصد منها إخافة ، تحقير ، إلقاء العار أو إهانة الطفل هي ببساطة ووضوح إنتهاكية .

٤. **الزوجة العاطفية** تحميل الطفل مشاكلنا الخاصة والإتكال عليه للدعم هو إنتهاك - ليس تقرباً. في الواقع يشـار إليه طبيـاً كـ " غشيان عاطفي ، Emotional incest " . هذا قد يمنع نمو الطفل الخاص وتطوره عن طريق تقديم حاجاتنا على حاجاته وجعل حاجاته تبدو غير ذات أهمية .

٥. **الغلو** الطفل الذي يعاب باستمرار سوف لن يتغير أو ينمو . هذا سيدمر آمال الطفل .

٦. **عدم الإهتمام** إن وجود أحد الأبوين جسدياً لا يكفي . عليه أن يصغي فعلياً للطفل . المحادثات المتحررة تساعد الطفل ليتعلم أن يفكر بالقرارات، وتخبره أننا نحترم مشاعره ، وتعلمه التحكم بذاته .

٧. **الألقاب** إطلاق الألقاب هدام للطفل ، وإذا وسمناه بلقب " غبي " ، سوف يعتقد أنه فعلاً هكذا .

٨. **الكمال** الأهل الذين يطلبون الكمال يخبرون أطفالهم أنهم ليسوا جيدين كفاية ويجب أن يتغيروا حتى يصلوا إلى مثاليات الأهل .

٩. **إلقاء العار** المقاصد الخاطئة لتعليم الطفل الخضوع قد تخبره بدلاً عن ذلك أن إنجازاته غير ذات قيمة ، وأنه سيئ إذا شعر بالإعتزاز بأمر ما .

١٠. **إيقاف النمو** محاولة إبقاء الأطفال صغاراً وبرئتين تعيق النمو الطبيعي . الأطفال يحتاجون فرصاً ليصبحوا مستقلين وذوي أهلية .

الأطفال المنتهكون عاطفياً لفترة طويلة من الوقت يعانون جروحاً عميقة

طويلة الأمد . إنهم يحتضنون قلوباً مكسورة ويصبحون قلقين ومتقهقرين ، أو غاضبين وعدائيين . قد يفقدون الأمل بسبب نقص الرعاية والمساندة . مع نمو هؤلاء الأطفال ليصبحوا مراهقين ، يرفضون أهلهم ، لأن الغضب الكامن يتفجر والأهل لا مصداقية لديهم .

الأطفال المهدمون عاطفياً غالباً ما يطورون نظرة سلبية عن العالم ، يعانون من

تقدير سيء للذات ، يعانون مشاكل في بناء علاقات كراشدين والمرجح على الأكثر أن يصبحوا عدائيين عندما يكبرون . من المهم أن يراقب الأهل أنفسهم ويلاحظوا كيف يتعاملون مع أطفالهم . جميع الآباء والأمهات يجب أن يبذلوا جهداً واعياً لعض أسنتهم عندما ينزعجون ، ويعطوا أطفالهم من الحب، المديح والتقبل قدر ما يستطيعون . إذا فقد الأهل أعصابهم أو قالوا شيئاً جارحاً، عليهم الاعتذار حالما يهدأون . إذا كان الأهل شديداً التأثير بمشاكلهم الخاصة ولا يلاحظون الأذى الذي يسببونه لأطفالهم ، عنها يحتاجون للحصول على مساعدة متخصصة .

References

- Abrahams, N., Casey, K., Daro, D.: Teacher's knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention. *Child Abuse Neglect* 16:229-238, 1992.
- Augoustines, Martha, Developmental Effects off Child Abuse: Recent Findings, *child Abuse and Neglect*, Vol. 11, pp. 10-27, 1987.
- Azar, S., Wolfe, D.: child abuse and neglect. In mash E, Barkley R (eds): *Treatment of Childhood Disorders*. New York, Guilford, pp. 401-493, 1989.
- Azar, ST., Barnes, KT, Twentyman CT: Developmental outcomes in abused children: Consequences of parental abuse or a more general breakdown in caregiver behavior? *Behav Therap* 11:27-32, 1988.
- Cambrink-Graham, L.: *Children in Family Contexts: Perspectives on Treatment*. New York, The Guildford Press, 1989.
- Daro, D., Gelles, R.: Public attitudes and behaviors with respect to child abuse prevention. *J Interpers Viol* 7:517-534, 1992.
- Deykin, E., Alger ,J., McNamara, J.: A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 112:299-303, 1980.
- Eth, Spencer, and Pynoos, Robert: *Post-Traumatic Stress Disorder in Children*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc., 1980.
- Evans, Patricia: Children and verbal abuse. In: *The Verbally abusive relationship*. Adams Media Corporation, (Ynd ed.) Holbrook, Massachusetts. Pp. 190-203, 1990.
- Greenacre, P.: The influence of infantile trauma on genetic patterns. In: *Psychic Trauma*. Ed. S.S. furst. New York: Basic Books, pp. 108-103, 1967.
- Howes, Carollee and Espinosa, Michael P.: The Consequences of Child Abuse for the Formation of Relationships With Peers *Child Abuse and Neglect*, Vol. 9, pp. 397-404, 1980.
- Kaplan ,S., pelcovitz, D., Salzinger S., et al: Psychopathology of parents of abused and neglected children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 22:238-244, 1983.
- Kaufman, J., Zigler, E.: The intergenerational transmission of child abuse In Cichetti D, Carlson V (eds): *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and consequences of Child Abuse and Neglect*. New York, Cambridge University Press, pp. 129-102, 1989.
- Kaufman, J: Depressive disorders in maltreated children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:207-260, 1991.
- Murphy, L.: The problem of defense and the concept of coping. In *the Child and His Family*. Anthony, J., and Koupernick, C., eds.: New York, Wiley-Interscience, pp. 60-80, 1970.
- Nagi, S.Z.: Child abuse and neglect. *Children Today*, 4:13-17, 1970.

References

- National Research Council: Understanding child Abuse and Neglect. Washington, DC, National Academy Press, 1993.
- Perry, B.D., Southwick, S.M., Giller, E.J.: Adrenergic regulation in posttraumatic stress disorder In Giller EJ (ed): Biological Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 87-114, 1990.
- Salzinger, S., Kaplan, S., Pelcovitz, D., et al: Parent and teacher assessment of children's behavior in child maltreating families. J Am Acad Child Psychiatry 23:68-74, 1984.
- Siever, L., Trestman, R.L.: The serotonin system and aggressive personality disorders. Int J Clin Psychopharmacol 1(suppl 2): 33-40, 1993.
- Simon B, Apfel R (eds): Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence. New Haven, CT, Yale University Press, in press.
- Solnit AJ, Nordhaus B, Lord R: When Home is No Haven, CT, Yale University Press, 1992.
- Spinetta, J.J. & Rigler, D.: The child-abusing parent: a psychological review. Psychol. Bull., 77:296-304, 1972.
- Steele, B.F., and Pollock, C.B.: Psychiatric Study of Parents Who Abuse Infants and Small Children. In Helfer, R.E., and Kempe, C.H. (ed.): The Battered Child. Chicago, University of Chicago Press, 1968.
- Terr, L.C.: Childhood traumas: An outline overview. Am J Psychiatry 148:10-20, 1991.
- Van der Kolk, Bessel A.: Psychological Trauma. Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc., 1987.
- Wasserman, S.: The abused parent of the abused child. Children, 14:170-179, 1967.
- Wiehe, V.: Sibling abuse: Hidden Physical, Emotional, and sexual Trauma. Lexington, MA, Lexington Books, 1990.

هناك إحصاءات لافتة حول الإنتهاك الجسدي للطفل . العديد من الأطفال يموتون بسبب الإنتهاك الجنسي . في الولايات المتحدة وحدها يموت على الأقل خمسة آلاف طفل كل سنة بسبب الإنتهاك الجسدي . الأطفال الذين ينجون بحياتهم بعد الإنتهاك الجسدي ، يتعرضون عادة لأذى عاطفي شديد . **هذا الأذى قد لا يظهر حتى المراهقة أو ما بعدها ، عندما يصبح العديد من الأطفال منتهكين أهلاً منتهكين .** الكبير الذي كان يتعرض للإنتهاك الجسدي عندما كان طفلاً يعاني مشكلة بإقامة علاقات شخصية ودية ، مع ميل لرؤية جميع الكبار الآخرين كمنتهكين . بدون العلاج المناسب ، قد يستمر الأذى طوال العمر .

الأعراض النفسية للأطفال المنتهكين جسدياً قد تتضمن التالي:

١. مخاوف من الإنتهاك ، اشمئزاز من أشخاص ، أماكن ، أو أوضاع معينة .
٢. نوم متقطع .
٣. تراجع تنموي في السلوك مثل مص الإصبع ، التبلل ، سلس الغائط .
٤. الذهول ، عدم الإنتباه ، القلق ، والإنزعاج .
٥. نوبات الغضب ، تغيير مفاجئي في السلوك .
٦. التقهقر إلى عالم خيالي ، الغربة عن العائلة .
٧. سلوك التعلق ، الخوف من الوحدة .
٨. التراجع في الأداء المدرسي .
٩. تخيلات عنف ، سلوك النضج الكاذب .

١٠. سوء إستخدام المواد .
١١. صورة ذاتية ضعيفة ، صورة جسدية ضعيفة ، عقدة الذنب .
١٢. الهروب ، ميول أو تهديدات بالانتحار .
١٣. سلوك منحرف .
١٤. علاقات ضعيفة مع الأقران .
١٥. تقطع في الإدراك .
١٦. تشويه الذات .
١٧. دلائل جسدية وشكوى جسدية متكررة .
١٨. شكوى مفرطة ، الميل للمبالغة في الإنجاز .
١٩. نقص في الثقة .
٢٠. تفكك في الروابط العائلية .

الأمراض النفسية التي ترتبط بالانتهاك الجسدي للطفل قد تتضمن امراضاً وجدانية ، الذهان ، خلل النص الصدغي ، أمراض التحول ، مرض الضغط الذي يلي الإصابة ، تخلفاً عقلياً ، مرض الإتصال ، خلل النفس جنسي ، مرضاً مركباً في الشخصية ، وأمراضاً مصطنعة .

الخصائص الشخصية التي قد تنتمي عند الأطفال وتترافق مع الإنتهاك الجسدي تتضمن ، العدائية ، النزق ، القهر ، المخاصمة ، الخرس ، المازوشية (إنحراف الشهوة) ، التقهقر ، والتجنب .

السلوك الإجرامي قد يتضمن الإنحراف الصبياني ، القتل ، إنتهاك الأطفال ، إنتهاك الزوجة ، الإغتصاب ، والدعارة .

مشاكل مهمة أخرى قد تتضمن نمواً اخلاقياً منحرفاً ، إرتكاب الفحشاء، الحمل، والإجهاض.

إعتبارات للتقييم فيما يلي عناصر يجب أخذها بعين الإعتبار :

١. السن والمرحلة التنموية للطفل .
٢. بداية ، فترة ، وتكرار الإنتهاك الجسدي .
٣. درجة الأذى الجسدي .
٤. العلاقة بين الطفل والمهاجم .
٥. متى ، وكيف أذيع الإنتهاك .
٦. الشخصية التي كانت موجودة سابقاً للطفل .
٧. الخلفية الأهلية .
٨. الضواغط البيئية .
٩. مستوى الإنعزال الإجتماعي في العائلة .
١٠. مستوى الحرمان العاطفي والإقتصادي في العائلة .
١١. وردات الفعل من الأهل والمجتمع .

عملية مقترحة من أجل التقييم . خلال المرحلة الأولى ، الأفضل هو أن يلتقي أخصائي مع الطفل بشكل منفرد . يجب معرفة التاريخ وغيره من الدلائل من الأشخاص المهمين الآخرين بشكل إفرادي . **إستخدام علام اللعب غير الموجه** هو ما يوصى به . خلال اللعب والرسومات ، المراقبة يجب أن تتركز على

المواضيع المرضية ، المواضيع الجنسية ، إعادة سن قوانين المرض في اللعب ،
المبالغة أو تجنب المواضيع الجنسية والعنصرية . اللغة ، العواطف ، السلوك
الإغوائي ، الشكاوى الجسدية ، التراجع السيكولوجي إلى مرحلة سابقة من النمو،
والدوافع هي أيضاً عناصر يجب تقييمها .

References

- Alvy K. T.* : Preventing Child abuse. *Amer. Psychologist*, 31:921-928, 1976.
- American Medical Association: Adolescents as Victims of Family Violence. Council on Scientific Affairs. *JAMA* 270:1800-1808, 1993.
- Berger, A.M., Knutson, J.F., Mehm, J.G., et al*: The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. *Child Abuse Neglect* 12:201-162, 1988.
- Bland, R., Orn, H.*: Psychiatric disorders, spouse abuse and child abuse. *Acta Psychiatr, Belgium* 86:444-449, 1987. .
- Blum, R., Runyan, C.* : Adolescent abuse: The dimensions of the problem. *J Adolesc Health* 11:121-126, 1980.
- Bolton, F.C., Bolton, S.R.* : Working with Violent Families. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1987.
- Caffey, J.* : Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural hematoma. *Am. J. Roentgen Radicit. Ther.*, 67:162-172, 1946.
- Cameron, J.M.* : The Battered Baby. *Br. J. Hosp. Med.*, 4:769-777, 1970.
- Caplan, P.: *Principales of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books, 1974.
- Carey, W.: A: simplified method for measuring temperament. *J. Pediat.*, 70:188-194, 1970.
- Cattanach, A.* : Play Therapy with Abused Children. London, Jessica Kingsley Publishers, 1993.
- Elkind, D.* : Children and Adolescents. New York: Oxford University Press, 1974.
- Elmer, E. & Gregg, C.S.* : Developmental characteristics of abused children. *Pediatrics*, 40:597-602, 1967.
- Factor, D., Wolfe, D.* : Parental psychopathology and high risk children. In Ammerman, R, Herson M (eds): *Children at Risk*. New York, Plenum, pp. 171-198, 1990.
- Farber, E., Joseph, J.* : The maltreated adolescent: Patterns of physical abuse. *Child Abuse Neglect* 9:201-206, 1980.
- Feindler, E.L., Kalfus, G.R.* : Adolescent Behavior Therapy Handbook. New York, Springer Publishing Company, 1990.
- Felitti VJ*: Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: A case control study. *South Med J* 86:732-736, 1993.
- Finkelhor, D.* : Prevention : A review of programs and research. In Finkelhor D (ed): *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Newbury Park, CA, Sage, pp. 224-204, 1990.

References

- Galdston, R.: Observations of Children Who Have Been Physically Abused and Their Parents. *Am. J. Psychiatry*, 122:440-443, 1965.
- Garbarino, J. & Gilliam, B.: *Understanding Abusive Families*. Lexington, Mass.: Lexington Press, 1980.
- Garbarino, J., Gilliam, C.: *Understanding Abusive Families*. Lexington, MA, Lexington Books, 1980.
- Garbarino, J., Schellenbach, C., Sebes, J.: *Troubled Youth, Troubled Families: Understanding Families At Risk for Adolescent Maltreatment*. New York, Aldine Publishing, 1986.
- George, C. & Main, M.: Social interactions of young abused children: approach, avoidance, and aggression. *Child Developm.* 50:306-318, 1979.
- Gersten, J.C., Langner T.S., Eisenberg, J.G., Orzek, L.: Child behavior and life events: Undesirable change or change per se?, In Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds): *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York, Wiley, pp. 109-120, 1974.
- Gil, D.G.: *Violence Against Children: Physical Abuse in the United States*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1970.
- Gil, E., Johnson, T.: *Sexualized Children: Assessment and Treatment for Sexualized Children and Children Who Molest*. Rockville, MD, Launch Press, 1993.
- Green, A.: *Child Maltreatment*. New York, Jason Aronson, 1980.
- Green, A.: Self-destructive behavior in battered children. *Am J Psychiatry* 133:379-383, 1976.
- Green, A.H.: Self-destructive behavior in battered children. *Amer, J. Psychiat.* 135:579-582, 1978a.
- Jacobsen, Janice Jasper: *Psychiatric Sequelae of Child Abuse-Reconnaissance of Child Abuse and Neglect: Evaluation, Prospects, Recommendations*, Springfield IL, Thomas, 1986.
- Jayarante, S.: Child abusers as parents and children: a review. *Soc. Work*, 22:5-9, 1977.
- Jensen, JB, Pease JJ, Ten Benschel R, Garfinkel BD: Growth hormone response patterns in sexually or physically abused boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:784-790, 1991.
- Jessner, L., Weigert, E., and Foy, J.L.: *The Development of Parental Attitudes During Pregnancy*, in Anthony, E.J. and Benedek, T. (eds.), *Parenthood: Its Psychology and Psychopathology*, Little, Brown & Co., Boston, pp. 209-240, 1970.

References

- Johnson, A.M. and Szurek, S.A.: The genesis of antisocial acting out in children and adults. *Psycholoanalytic Quarterly* 22:323-343, 1956.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., and Steele, B.J.: The Battered Child Syndrome. *J.A.M.A.*, 181:17-24, 1962.
- Kempe, C. & Helfer, R. eds., *Helping the Battered Child and His Family*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1972.
- Kempe, R.: Arresting or freezing the developmental process. In: *Child Abuse and Neglect. The Family and Community* ed. R.E. Helter & C.H. Kempe. Cambridge: Ballinger. Pp. 64-73, 1976.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L., Finkelhor, D.: Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 113:164-180, 1993.
- Kiffney, G.T., Jr.: The Eye of the Battered Child. *Arch. Ophthal.*, 72:231-233, 1964.
- Kollo, D.: Characteristics of child victims of physical violence: Research findings and clinical implications. *J Interpers Viol* 7:244-276, 1992.
- Kris, E.: The recovery of childhood memories. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11:54-88, 1956.
- Lamphear, Vivian Shaw: The Impact of Maltreatment on Children's Psychosocial Adjustment: A Review of the Research, *Child Abuse and Neglect*, Vol 9, pp. 201-263, 1985.
- Lewis, D.O.: From abuse to violence: Psycho-physiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:383-391, 1992.
- Libbey, P., Bybee, R.: The physical abuse of adolescents. *J Soc Issues* 30:268-276, 1979.
- Lindenberg, R., and Freytag, E.: Morphology of Brain Lesions From Blunt Trauma in Early Infancy. *Arch. Pathol.*, 87:298-300, 1969.
- Liten, E.M.: Giffin, M.E., and Johnson, a.M. Parental influence in unusual social behavior in children. *Psycholoanalytic Quarterly* 20:37-50, 1954.
- Livingston, Richard: Sexually and Physically Abused Children, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 3:413-415, 1987.
- Lourie, I.S.: Family dynamics and the abuse of adolescents: a case for a developmental phase specific model of child abuse. *Child Abuse Neglect*, 3:967-974, 1979.
- Maroteaux, P., and Lamy, M.: Fundi of Battered Babies. *Lancet*, 2:829, 1967.
- McClain, PW, Sacks, JJ, Froehlke, RG, Ewigman BG: Estimates of fatal child abuse and neglect,

References

United States, 1979-1988. *Pediatrics* 91:338-343, 1993.

McCord, Joan: A Forty Year Perspective on Effects of Child Abuse and Neglect: Child Abuse & Neglect, Vol V, pp. 260-270, 1983.

McCort, J., and Vaudagna, J.: Visceral Injuries in Battered Children. *Radiology*, 82: 424-428, 1964.

Merril, E.J :Physical abuse of children: an agency study. In: *Protecting the Battered Child*, ed. V. DeFrancis. Denver: American Humane Association, 1962.

Money, J. annecillo C, Kelly JF: Abuse-dwarfism syndrome: After rescue, statural and intellectual catchup growth correlate. *J Clin Child Psychol* 12 24-28, 1983.

Morris, M.F. & Gould, R.W :Role reversal :a concept in dealing with the negelected/battered child syndrome. In: *The Neglected Battered-Child Syndrome: RoleReversal in Parents*. New York: Child Welfare League of America, 1963.

Ney, Philip G.: The Treatment of Abused Children: The Natural Sequence of Events. *American Journal of Psychotherapy*, Vol XLI, No 3, pp. 391-401, July, 1987.

Oates, Kim: Child abuse and Neglect: What happens eventually. New York Brunner/Magel, 1986.

Putnam, F.W., Trickett, P.K :Child sexual abuse: A model of chronic trauma. *Psychiatry* 56:82-90, 1983.

Putnam, Frank W., Guroff, Juliet J., Sieberman, Edward K., Barban, Lisa, and Post, Robert M :The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of 100 Recent Cases, *Journal of Clinical Psychiatry* 47:280-293, 1986.

Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K., et al: Life threat and post-traumatic stress in school-agechildren. *Arch Gen Psychiatry* 44:1007-1013, 1987.

Pynoos, R.S :Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In Oldham J ,Riba M, Tasman A (eds): *Review of Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 200-238, 1993.

Rogeness, Graham A., Amrung, Suchakorn A., Macedo, Carlos A., Harris, William R., and Fisher, Charles: Psychopathology In Abused or Neglected Children, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 5:609-660, 1986.

Rossmann, Paul G :The aftermath of Abuse and Abandonment: A Treatment Approach for Ego Disturbance in Female Adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 3:340-352, 1980.

Salzinger, S., Feldman, R.S., Hammer, M., et al: The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Dev* 64:169-187, 1993.

References

- Sandgrund, A., Gaines, R.W. & Green, A.H* : Child abuse and mental retardation a problem of cause and effect. *Amer. J. Ment. Defic.* 79:327-330, 1974.
- Schafer, Donald W* : Recognizing Multiple Personality Patients, *American Journal of Psychotherapy*, Vol XL, No. 4, 1986.
- Merril, E.J* : Physical abuse of children: an agency study. In: *Protecting the Battered Child*, ed. V. DeFrancis. Denver: American Humane Association, 1962.
- Schmitt, B., and Kempe, C* : Neglect and Abuse of Children. In Vaughn, V., and McKay, R. (eds.): *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1970.
- Silverman, F.N* : Radiologic Aspects of the Battered Child Syndrome. In Helfer, R.E., and Kempe, C.H. (eds.): *The Battered Child*. Chicago, University of Chicago Press, 1968.
- Silverman, F.N* : The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma of Infants. *Am. J. Roentgen Rad. Ther. Nucl. Med.*, 79:413-426, 1963.
- Smith, S., Hanson, R. & Nobel, S* : Parents of battered babies: a controlled study. *Brit. Med. J.*, 4:388-391, 1973.
- Smith, S.M* : *The Battered Child Syndrome*. London, Butterworth, 1970.
- Smith, S.M* : *The Maltreatment of Children*. Baltimore, University Park Press, 1978.
- Terr, L.C* : Childhood traumas: an outline and overview, *American Journal of Psychiatry* chief 148(1): 10-20, 1991.
- Terr, Lenore*: What Happens to Early Memories off Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 104-106, 1988.
- Trickett, P.K., McBride-Chang C., Putnam, F.W.*: The classroom performance and behavior of sexually abused girls. *Dev Psychopathol* 6:183-194, 1994.
- Wolfe, D., Wekerle, C* : Treatment strategies for child physical abuse and neglect. A critical progress report. *Clin Psychol Rev* 6:40-47, 1993.
- Wolfe, D.*: *Preventing Physical and Emotional Abuse of Children*. New York, Guilford, 1991.
- Wolfe, D.A* : *Child Abuse: Implications for child Development and Psychopathology*. Newbury Park, CA, Sage, 1987.
- Wright, L* : The "sick but slick" syndrome as a personality component of parents of battered children. *J. Clin. Psychol.*, 32:41-40, 1976.
- Yegidis, B.L* : Family violence: Contemporary research findings and practice issues. *Commun Mental Health J* 28:6, 1992.

References

Yeo, H.M., Yeo, W.W :.Repeated deliberate self-harm: A link with childhood sexual abuse? Arch Emerg Med 10:161-166, 1993.

Zigler, E., Hall, N :.Physical child abuse in America: Past, present, and future. In Cichetti, D., Carlson V (eds): Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of child Abuse and Neglect. New York, Cambridge University Press, pp. 38-70, 1989.

الجزء الثالث

**الأعراض الرئيسية للأمراض النفسية
في مرحلة الطفولة والمراهقة**

في داخل كل طفل أنواع متشعبة من المخاوف ، **فالعالم الطفولي في معظمه عالم وهمي**، مليء بالغموض والخطر، بالواقع والخيال. والمخاوف الطفولية تجاه الأخطار الخارجية تتشابه مع خيال الطفل، وكلما كان الطفل أصغر سناً زادت مسألة تقويم مدى مخاوفه صعوبة.

تظهر العديد **من المخاوف الشائعة** عند الطفل فقط. عندما يبلغ مستوى معيناً من النمو فالمواليد الجدد يخافون الضجيج وفقدان الحماية ثم يظهر الخوف من الغرباء عادة بين الشهر الخامس والعاشر وقد يستمر حتى السنة الثانية أو الثالثة.

أما الخوف من الانفصال عن الأهل فيبدأ تقريباً في السنة الثانية وقد يستمر حتى السابعة أو الثامنة ويظهر لدى بعض الأطفال الرضع خوف مؤقت من المياه والاستحمام. بينما سجلت عدة دراسات نسبة مرتفعة من حالات الخوف من الحيوان لدى أطفال تتراوح أعمارهم بين سنتين وثمانى سنوات، ورغم أن الكلاب تنصدر لائحة الحيوانات المخيفة إلا أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال تخاف من مخلوقات أخرى كالأسود والذئاب. وفي إحدى الدراسات ظهرت حالات خوف بين سن الثامنة والتاسعة من الموت إن الوقوع ضحية سرقة ماء، وقد هيمنت فكرة الموت على بعض الأطفال في هذا السن.

وأظهرت دراسات أخرى أن الخوف من الظلام أو البقاء وحيداً في مكان مظلم هو الأكثر شيوعاً لدى الأطفال ما قبل سن الدراسة. أما الأكبر سناً فقد تخيفهم الامتحانات أو الأحداث التي تبثها نشرات الأخبار كالحروب وحوادث الاختطاف وغيرها. ويوجد عند الناشئة أو المراهقين عدة مخاوف جنسية.

إن معظم **مخاوف الأطفال** التي سبق ذكرها هي حالات طبيعية قصيرة الأمد واليه للبقاء لا تؤثر فعلياً في وظائفهم الحياتية، إلا أن البعض قد لا يتمكن من تجاوز هذه المخاوف. وعندما تصبح هذه المخاوف حالة مرضية تسيطر على مشاعر الطفل ونشاطاته اليومية لفترة زمنية طويلة، نستخدم لوصفها تعبير "الرهاب Phobia"، وكذلك تصنف الحالات المطولة والمبالغ فيها من الخوف في خانة أمراض واضطرابات القلق اللاتطبيعي.

ويمكن تعريف "**الرهاب - Phobia**" كقلق لاعقلاني مفرط تسببه مواقف أو أشياء محددة. "**الرهاب المدرسي (School Phobia)**" هو الهلع الأهم والفريد من نوعه في فترة الطفولة، فرفض الذهاب إلى المدرسة يتحول إلى ردة فعل اضطرابية حادة. وهذا الهلع قد يحدث في أي سن أو أي عائلة وهو ليس وراثياً، فقد يشتكي الطفل من ألم في الرأس أو الحنجرة أو المعدة قبل موعد الذهاب إلى المدرسة، ثم يختفي المرض عندما يسمح له بالبقاء في المنزل ليعود فيظهر في الموعد نفسه من اليوم التالي. وقد يكون السبب الأساسي لهذا الرفض مرض ما أو حادث معين أو تغيير في السكن أو المدرسة أو الأساتذة.

وفي بعض الأحيان يكون مصدر الأعراض خوف غير منطقي من فكرة ترك المنزل، وهكذا مخاوف تشيع عادة بين الأطفال الذين يعانون من **اضطراب "قلق الانفصال" (Separation anxiety Disorders)**، وهو خوف مرضي من الابتعاد عن الأهل أو المنزل.

من جهة ثانية هناك مصادر أخرى للهلع المدرسي، فقد يخاف بعض الأطفال من الأساتذة أو الزملاء أو الفشل من الامتحانات بينما يقلق البعض من العلاقات مع الغير.

بعض الأطفال يعانون من **سمات مزاجية فجولة (Temperamental Shyness)** ويتهربون من الغرباء في وقت لا يعود فيه هذا الخوف أمراً طبيعياً. وهؤلاء يجدون من الصعوبة بمكان أن يتعرفوا إلى زملاء جدد وينخرطوا في مواقف

جديدة. وهؤلاء يعانون عادة من الهلع وأنواع متعددة من القلق الاضطرابي. وقد يتناهى الأمر عندهم عند البلوغ ليصبح نوبات هلع مع رهاب السباح Panic attacks (With agoraphobia).

إن بعض النظريات تشير إلى علاقة عضوية بيولوجية تؤثر في الخوف والرهاب الطفولي، إلا أن معظم التفسيرات تتركز حول المناخ العاطفي العام والطبع الموروث في عائلة الطفل. فقد نجد في المناخ العائلي مزيجا من الغضب والالتكالية عند أم شديدة الوقائية "Overprotective mother" مما يساهم في حدوث قلق الانفصال. والأهل القلقون قد يصنعون من أطفالهم نماذج تقلدّهم. وقد يخلق الأهل هذا القلق عن طريق تحقيق هويتهم أو توحيدهم بقوة مع الطفل واعتبارهم أي انكسار أو انتصار له وكأنه لهم شخصياً.

وتعتبر بعض نظريات التحليل النفسي (Psychoanalytic Theories) من جهة أخرى أن القلق والرهاب عند الأطفال هي حالات أو آليات دفاعية (Defenses) ضدّ صراعات لا واعية تمتد جذورها إلى مرحلة مبكرة من النمو (كحالة هانز الصغير Little Hans).

أما التأثيرات الكامنة الطويلة الأمد فهي خطيرة عند الطفل الذي يعاني مخاوف ملحة وقلقاً مستمراً ولا يتلقى مساعدة متخصصة، فقد تنمو لدى هذا الطفل مشاكل علمية، ثقافية واجتماعية خطيرة إذا بقي بعيداً عن المدرسة والأصدقاء لفترة مطولة من الوقت. إن رفض الذهاب إلى المدرسة عند طفل بلغ السن المناسب أو تجاوزه هو حالة مرضية خطيرة. وفي مثل هذه الحالة تتطلب الإسبال الأساسية الكامنة وراء المخاوف دراسة ومعالجة دقيقة ومركزة.

References

- Berecz, J.*: Phobias of Childhood, Etiology and Treatment. Psychol. Bull. 70: 694-720, 1978.
- Bowlby, J.*: Anxious attachment and the "phobias" of childhood. Attachment and loss, Vol. II: Separation- anxiety and anger. New York: Basic Books, PP. 208-291, Ch 18, 1973.
- Eisenberg, L.*: School Phobia, Diagnosis, Genesis and Clinical Management. Pediatr. Clin. N. Am. 5: 640-666, 1958.
- Hodges, K. & Woodruff, C.*: Anxiety in children with recurrent abdominal pain and their parents. Psychosomatic 26: 809-816, 1980b.
- Lapouse, R., and Monk, N.*: Fears and Worries in a Representative Sample of Chh. Am. J. Orthopsychiatry 29: 803-818, 1959.
- Lapouse, R., Monk, M.A.*: Fears and worries in a representation sample of children. Amer. J. Orthopsychiat., 29: 803-818, 1959.
- Lionel Hersov.*: School refusal. In Michael Rutter and Lionel Hersov, eds. Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches, Second Edition. Oxford: Blackwell, 1980.
- Looff, D.H.*: Psychophysiological and Conversion Reaction, Selective Incidence in Verbal and Nonverbal Families. J. Am. Acad. Child Psychiatry 9: 318-331, 1970.
- Pharmacotherapy and management of pathological separation anxiety. In Rachael Gittelman-Kleiny (Ed.), Recent advances in child psychopharmacology. New York: Human Sciences Press, 1975.
- Poznanski, E.O.*: Children With Excessive Fears. Am. J. Orthopsychiatry 43: 428-438, 1973.
- Poznanski, E.O.*: Children with excessive fears. Amer, J. Orthopsychiat. 43: 428-438, 1973.
- Proctor, J.I.*: Hysteria in Childhood. Am. J. Orthopsychiatry 28: 394-407, 1958.
- Rachel Gittelman*: Anxiety disorders in children. In Lester Grinspoon ed., Psychiatry Update: The American Psychiatric association Annual Review, Volume III. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1984.
- Rachman, S., and costello, C.*: The Etiology and Treatment of children's Phobias: A review, in S. Harrison and J. McDermott (Eds.), Childhood Psychopathology. New York: International Universities Press, 1971.
- Rock, N.L.*: Conversion Reactions in Childhood: A clinical study on childhood neurosis. J. Am. Acad. Child Psychiatry 10: 60-93, 1971.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O., Yule, W.*: Adolescent turmoil: fact or fiction? J. Child. Psychol. Psychiat., 17: 30-56, 1976.

References

- Sarafino, E.P.*: The Fears of Childhood: A Guide to Recognizing and Reducing Fearful Status in Children. New York: Human Sciences Press, Inc. 1987.
- Sperling, M.*: Animal Phobias in a Two Year Old Child. Psychoanalytic Study of the Child. 7:110-120, 1962.
- Starfield, B., Gross, E., Wood, M., Pontell, R., Allen, C., Gordon, I.B., Moffatt, P., Drachman, R., Katz, H.*: Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. Pediatrics, 76:109-117 1985.
- Stone, R.T., & Barbero, G.J.*: Recurrent abdominal pain in childhood. Pediatrics, 80:732-738, 1970.
- Waldron, S.*: The Significance of Childhood Neurosis for Adult Mental Health: A follow-up study. Am. J. Psychiatry 133:532-538, 1976.
- Wolman, B.B.*: Phobias in Childhood, Manual of Child Psychology. McGraw-Hill Book Compulsions. N.Y., pp. 399-410, 1972.
- Wolpe, J.*: Systematic Desensitization of Phobias. Am. J. Psychiatry 119:1062-1068, 1963.
- Wright, T.L.*: A Clinical Study of Children Who Refuse to Talk in School. J. Am. Acad, Child Psychiatry 7:63-67, 1968.
- Zeigler, D.K.*: Neurological Disease and Hysteria, The Differential Diagnosis. Int. J. Neuropsychiatry 3:388-396, 1967.
- Proctor, J.I.*: Hysteria in Childhood. Am. J. Orthopsychiatry 28:394-407, 1958.
- Rachman, S., and Costello, C.*: The Etiology and Treatment of children's Phobias: A review, in S. Harrison and J. McDermott (Eds.), Childhood Psychopathology. New York: International Universities Press, 1961.
- Rock, N.L.*: Conversion Reactions in Childhood: A clinical study on childhood neurosis. J. Am. Acad. Child Psychiatry 10:60-93, 1971.
- Waldron, S.*: The Significance of Childhood Neurosis for Adult Mental Health: A follow-up study. Am. J. Psychiatry 133:532-538, 1976.
- Wolpe, J.*: Systematic Desensitization of Phobias. Am. J. Psychiatry 119:1062-1068, 1963.
- Wright, T.L.*: A ClinStudy of Children Who Refuse to Talk in School. J. Am. Acad, Child Psychiatry 7:63-67, 1968.
- Zeigler, D.K.*: Neurological Disease and Hysteria, The Differential Diagnosis. Int. J. Neuropsychiatry 3:388-396, 1967.

سلس البول Enuresis هو التبول في الفراش خلال النوم عند الأطفال فوق سن الخامسة وهو ينقسم إلى مرحلتين: مرحلة أولية ومرحلة لاحقة أو ثانوية. في المرحلة الأولية لا يتمكن الأطفال من التحكم بالمثانة، أما في المرحلة اللاحقة فيعود الطفل إلى التبول ثانية بعد مرحلة من الجفاف.

وتغطي المرحلة الأولية حوالي ٩٠ بالمائة من الحالات ويشكل الذكور ثلثي مجمل المرضى. وقد كان من المعتقد سابقاً أن التبول يحدث خلال الاستيقاظ من النوم العميق NREM- المرحلة الرابعة ولكن الإحصاءات الحديثة أظهرت أن حالات التبول تحدث في كل مرحلة من مراحل النوم الخمس NREM-REM، وهو مرض من الممكن أن ينتقل وراثياً في العائلة. العوامل التي قد يسببها مدرجة في الجدول رقم (١)

الجدول رقم (١) العوامل التي يمكن أن تسبب سلس البول

١- استعداد جيني خصوصاً في الحالات الأولية ووجود حالات سابقة في العائلة.
٢- عوامل نفسية: وهذه شديدة الأهمية في الحالات اللاحقة- التقهقر النفسي، التعرّش الجنسي ، العدائية عند الصبيان، سوء التصرف عند الفتيات، قضم الاظافر، الاضطرابات الغذائية.
٣- عوامل اقتصادية-اجتماعية: وهي الأكثر شيوعاً لدى أطفال آبائهم من ذوي الأعمال اليدوية.
٤- توقف النفس المؤقت عند النوم Sleep Apnea مهمة في حالتها التبول الأولية واللاحقة.

٥- مشاكل أو أمراض بولية: التهابات في المثانة أو المسالك البولية، فقط ٥
٦- بالمائة من الأطفال المرضى اظهروا عناصر عضوية هامة.
٧- اضطرابات داء الصرح أو داء السكري.
٨- اختلال أو تأخر في النمو والنضوج.

العلاج: من الضروري أن نلاحظ هنا أن عدداً من الأطفال المتبولين قد يتحسن ويتجاوب مع أي نظام علاجي، وهناك مرحلتان دقيقتان في مسار هذا المرض: واحدة تتراوح بين سن السادسة والسابعة والثانية في مرحلة البلوغ، وأي علاج يتبع في هاتين المرحلتين قد يعطي النتيجة المرجوة. وهناك علاجات أخرى تتضمن التخلص من الالتهابات والعوامل العضوية، العناية الأبوية الصحيحة، طريقة تعديل السلوك بالوسادة والجرس، ودواء اميبرامين Imipramine.

سلس الغائط Encopresis: هو التلوث المتكرر بالبراز لدى الأطفال فوق سن الرابعة دون وجود مرض عضوي واضح، وهو أيضاً ينقسم إلى حالتين: أولية ولاحقة. وهو يصنف كحالة لاحقة إذا سجل وجود ضبط برازي في فترة سابقة لمرحلة التلوث.

وهناك نوعان طبيان لهذا المرض: النوع المحتبس والنوع غير المحتبس **Retentive & Non Retentive Types**. ويتضمن سلس الغائط المحتبس حدوث إمساك يأتي بعده التلوث، ومن المعتقد أن الطفل في هذا النوع يعاني صراعاً قوياً مع أمه ويسبب له تسرب البراز مزيجاً من الخجل والقلق. أما النوع غير المحتبس لا يتوافق مع وجود إمساك ولا يحدث بشكل متواصل ومستمر.

وبعض أسباب مرض الغائط تتضمن النقاط التالية:

١- عوامل فيزيولوجية: مشاكل في عضلة المخرج الخارجية أو في القولون الأقرب.

٢- عوامل متشابكة: معتقدات وتوجهات من الأهل، خصوصاً لدى الأم العصبية Neurotic أو الأب المتباعد الجاف.

٣- عوامل نفسية: قلق تقهقر نفسي، مشاكل مدرسية، علاقات سيئة مع الزملاء، الانفصال، الأحداث المرعبة أو الفاجعة.

٤- عوامل سلوكية: عادات سيئة، تدريب إكراهي على استعمال المرحاض.

٥- عوامل متعددة: جينية وراثية أو جسدية.

إن نسبة الذكور إلى الإناث في مرض سلس الغائط هي أربعة إلى واحد، وكلما نما الطفل مالت أعراض هذا المرض إلى الاختفاء. والغالبية العظمى من الأطفال المصابين تشفى عند بلوغ سن المراهقة. أما في حال الحاجة إلى علاج فذلك قد يتضمن من الأهل والطفل، علاج نفسي وسلوكي مساعد Supportive Psychotherapy إضافة إلى دواء امبيرامين.

References

- Agarwal, A.: Enuresis. *Am Fam Physician* 20:203-207, 1982.
- Anonymous*: My enuresis. *Arch Dis Child* 62-866-8, 1987.
- Anthony, E.J.*: An experimental approach to the psychopathology of childhood: Encopresis. *British J. Med. Psychology*, 30, 106-112, 172-174, 1907.
- Arthur, C. Houts, and J. Keith Peterson*: Treatment of A Retentive Encopretic Child Using Contingency Management and Diet Modification with Stimulus Control. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 11, No. 3, 1986.
- Bindelglas, P.M., Dee, G.*: Enuresis Treatment With Imipramine Hydrochloride: A 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 130:1049-1052, 1978.
- Bindelglas, P.M., Dee, G.*: Enuresis treatment with imipramine hydrochloride: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 130:1049-52, 1978.
- Birkasova, M., Birkas, O., Flynn, M.J., et al.*: Desmopresin in the Management of Nocturnal Enuresis in Children: A double-blind study. *Pediatrics* 62:970-974, 1978.
- Breneman, J.C.*: Nocturnal Enuresis: A treatment regimen for general use. *Ann Allergy* 23(2):180-191, 1960.
- Cohen, M.W.*: Enuresis, *Pediatric Clinics of North America*, Volume 22: 040-060, August, 1970.
- Doleys, D.M.*: Enuresis and encopresis. In T.H. Ollendick & M. Hersen (Eds.) *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum Press, pp. 201-226, 1983.
- Esman, A.H.*: Nocturnal enuresis: some current concepts, *J.Am. Acad. Child Psychiatry*, Volume 16: 100-108, Winter, 1977.
- Essen, J., Peckham, C.*: Nocturnal Enuresis in Childhood. *Dev Med Child Neurol* 18:077-089, 1976.
- Fleisher, D.R.*: Diagnosis and treatment of disorders of defecation in children. *Pediatric Amals*, 0, 71-101, 1976.
- Foxman, B., Valdez, R.B., Brock, R.H.*: Childhood enuresis: prevalence, perceived impact, and prescribed treatments. *Pediatrics* 77:482-7, 1986.
- Fritz, G. & Armbrust, J.*: Enuresis & Encopresis, *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 0: 283-296, August, 1982.
- Gavanski, M.*: Treatment of non-retentive secondary encopresis with imipramine and psychotherapy. *Canadian Medical Association Journal*, 104, 227-231, 1971.
- Gerard, M.W.*: Enuresis: A Study in etiology. *Am J Orthopsychiatry* 9:48-58, 1933.
- Graham, D.Y., Moser, S.E., & Estes, M.K.*: The effect of bran on bowel function in constipation. *American Journal of Gastroenterology*, 77, 099-103, 1960.
- Hallgren, B.*: Enuresis: A Clinical and Genetic Study. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 32(Suppl):123, 1907.

References

- Halpern, Werner J.*: The treatment of encopretic children. *J. Amer. Acad. Of child Psychiatry*, 16, 478-499, 1977.
- Haque, M., Ellerstein, N.S., Gundy, J.H., et al.*: Parental preceptions of enuresis: a collaborative study. *Am J Dis Child* 130:8, 9-11, 1981.
- Hein, H.A., & Beerends, J.J.*: Who should accept primary responsibility for the encopretic child? *Clinical Pediatrics*, 17, 77-79, 1978.
- Kaffman, M., Elizur, E.*: Infants who become enuretics: a longitudinal study of 161 kibbutz children. *Monogr Soc Responsible Child Devel* 47(7 serial no 170):1-54, 1977.
- Kanner, L.*: *Child Psychiatry*. Ed 4. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, 1972.
- Levine, M.D., & Bakow, H.*: Children with encopresis: A study of treatment outcome. *Pediatrics*, 68, 840-852, 1976.
- Mahoney, D.T.*: Studies of Enuresis: I. Incidence of Obstructive Lesions and Pathophysiology of Enuresis. *J Urol* 106:901-908, 1971.
- Maizels, M.A., Rosenbaum, D.*: Successful Treatment of Nocturnal Enuresis: A practical approach. *Prim Care* 12:721-730, 1980.
- Michael, E.K., Moffatt*: Nocturnal enuresis: Psychologic implications of treatment and nontreatment. *The Journal of Pediatrics*, St. Louis Vol. 114, No. 4, Part 2, pp. 797-798, April 1989.
- Mikkelsen, E.J., Rapoport, J.L., Nee, L., et al.*: Childhood Enuresis. I: Sleep patterns and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 37:1139-1144, 1980.
- Miller, P.R., Champelli, J.W., Dinello, F.A.*: Imipramine in the Treatment of Enuretic School-Children. *Am J Dis Child* 110:17-20, 1978.
- Moffatt, M.E.K., Kato, C., Pless I.B.*: Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: a randomized clinical trial. *J Pediatr* 110:747-52, 1987.
- Muellner, S.R.*: Development of Urinary Control in Children. *JAMA* 172:1207-1211, 1960.
- Netley, C., Khanna, F., McKendry, J.B.J., et al.*: Effects of different methods of treatment of primary enuresis on psychological functioning in children. *Can Med Assoc J*. 131:577-9, 1978.
- Nisley, D.D.*: Medical overview of the management of encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 33-34, 1976.
- Pierce, C.M., et al.*: Enuresis and Dreaming. *Arch Gen Psychiatry* 4:166-170, 1961.
- Quay, H., Werry, J.*: Psychosomatic disorders in book, *Psychological Disorders in children*, John Wiley & Sons, New York, pp. 147-152, 1972.

References

- Ritvo, E.R., et al.*: Arousal and Nonarousal Enuretic Events. *Am J Psychiatry* 126:110-122, 1969.
- Robinson, C.H., & Lawler, M.R.*: Normal and therapeutic nutrition. New York: McMillan, 1977.
- Rutter, M., Yule, W., Graham, P.*: Enuresis and behavioral dev. In: Kolvin I, MacKeith RC, Meadow SR, eds. Bladder control and enuresis. Philadelphia: JB Lippincott, 1973-74, 1973.
- Rutter, M., Yule, W., Graham, P.*: Enuresis and Behavioral Deviance: Some Epidemiological Considerations. In Kolvin L, MacKeith R, Meadow R (eds): Bladder Control and Enuresis. Philadelphia, JB Lippincott Co, pp 137-147, 1973.
- Sacks, S.*: De Leon G, Blackman S. Psychological changes associated with conditioning functional enuresis. *J Clin Psychol* 30:271-6, 1974.
- Schaefer, Charles E.*: Treatment approaches for enuresis. In Childhood encopresis and enuresis: Causes and therapy. New York: Van Nostrand Reinhold Co., pp. 112-126, Ch. 3.
- Schmitt, B.*: Nocturnal enuresis: an update on treatment, *Ped. Clin. Of North America*, Volume 29:21-36, February, 1982.
- Shaffer, D.*: The association between enuresis and emotional disorder: a review of the literature. In: Kolvin I, MacKeith RC, Meadow SR, eds. Bladder control and enuresis. Philadelphia: JB Lippincott, 118-36, 1973.
- Shelov, S.P., Gundy, J., Weiss, J.C., et al.*: Enuresis: a contrast of attitudes of parents and physicians. *Pediatrics* 77:707-10, 1981.
- Simonds, J.F.*: Enuresis - a brief survey of current thinking with respect to pathogenesis and management, *Clin. Pediatrics*, Volume 16: 79-82, 1977.
- Strafield, B.*: Enuresis: Its pathogenesis and management. *Clin Pediatr* 11:343-350, 1972.
- Wagner, W., Johnson, S.B., Walker, D., et al.*: A controlled comparison of two treatments for nocturnal enuresis. *J Pediatr* 101:302-7, 1982.
- Walker, C.E.*: Toilet training, enuresis, encopresis. In P.R. Magrab (Ed.), *Psychological management of pediatric problems* (Vol. 1). Baltimore: University Park Press, 1978.
- Weider, D.J., Hauri, P.J.*: Nocturnal Enuresis in Children with Upper Airway Obstructions. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 9:173-182, 1980.
- Werry, J.S., Cohrssen, J.*: Enuresis: An Etiologic and Therapeutic Study. *J Pediatr* 77:312-331, 1970.

إن المواليد الجدد لا يأتون إلى هذا العالم ولديهم القدرة لإظهار ميلهم إلى النوم ليلاً والاستيقاظ نهاراً، وفي الواقع إن هؤلاء المواليد لا يميزون كثيراً بين ليل ونهار. إن المواليد الجدد ذوي الحساسية العالية يتجاوبون ببطء مع تقسيم وتحديد أوقات النوم.

تطور أوقات النوم الطبيعية - يتأثر التقسيم والتطور الطبيعي لأوقات النوم بعوامل بيولوجية وبيئية ومزاجية متنوعة، ويحدد **الجدول رقم (١)** نقاطاً تميز خصائص أوقات النوم في أعمار مختلفة. فهناك تغييرات تحدث بالتأكيد وتعكس اختلافات ذاتية مزاجية لدى كل فرد. ففي الشهر السادس عموماً يصبح بإمكان الطفل أن يخلد إلى النوم في أوقات منتظمة وينام طوال الليل دون التدخل المتكرر من الأهل.

تطور أوقات النوم الطبيعية

جدول رقم (١)

السن	النوم ليلاً	النوم نهاراً	حركات العين السريعة أثناء النوم REM - العدد المزدحم حركات العين السريعة أثناء النوم NREM -
مواليد جدد	تتراوح فترات النوم ليلاً بين ٦ ساعات و ٢٠ دقيقة.	ينام من ٦ إلى ٨ مرات يومياً	يبدأ النوم بحركات العين السريعة. لا تقسيم بين مراحل REM/NREM يتبادلون خلال فترة كل ساعة من النوم. تخطيط NREM اسمه Trace alternant حتى بلوغ الشهر الأول من العمر.

تتمة جدول رقم (١)

تطور أوقات النوم الطبيعية

السن	النوم ليلاً	النوم نهاراً	حركات العين السريعة أثناء النوم REM - العدم حركات العين السريعة أثناء النوم NREM -
٣ إلى ٦ أشهر	١٤ إلى ١٥ ساعة	٣ قيلولات	يبدأ نوم NREM. يقسم NREM إلى أربعة أقسام ويتميز التخطيط K-Complexes.
٦ أشهر	١٤ ساعة	قيلولتان بمعدل ٣ ساعات.	REM يتميز بنسبة ٣٥ إلى ٤٥ بالمائة من مجموع ساعات النوم حتى المراهقة.
سنة إلى سنة ونصف	١١ ساعة ونصف	قيلولة لمدة ساعتين.	كوابيس. تبدأ الكوابيس في أعمار مختلفة وتظهر خلال REM. تؤثر في البنات أكثر من الصبيان.
٣ سنوات	١١ ساعة ونصف	لا وجسود للقيلولة. غير محدد من سنتين حتى خمس سنوات.	يبدأ عادة رعب النوم Sleep Terrors. يحدث خلال NREM. يؤثر في الصبيان أكثر من البنات، وربما تحدث الكوابيس أيضاً.
٥ إلى ٨ سنوات	١١ ساعة		يبدأ عادة المشي خلال النوم والرعب والكوابيس.
٩ سنوات	١٠ ساعات		كوابيس ورعب خلال النوم.
١٤ سنة	٩ ساعات		تتحقق قيمة REM/NREM كما عند الراشدين وتكون نسبة REM ٢٠ % بالمائة من وقت النوم.

عندما تصبح أوقات النوم منتظمة عند الطفل، قد يستمر تقطع النوم بسبب تغييرات بيئية مثل ترك المنزل بصورة مؤقتة أو تبديل مكان النوم.

ويبدو أن تقطع النوم بسبب الأحلام السيئة هو جزء طبيعي من مراحل نمو الطفل من سنة حتى ٣ سنوات. إن العالم يتمدد أمام أفق هؤلاء الأطفال ولكن قدراتهم الاستيعابية المحدودة تفسح المجال لظهور القلق والمخاوف التي لا تتوقف عند الخلود للنوم. إن رفض الذهاب إلى النوم في هذا السن قد يعود إلى قلق الطفل من خسارة السيطرة على مهاراته الوظيفية المكتسبة مثل التحكم بعمل المائدة والسيطرة على التبرز. أو ربما يعكس خوف الطفل بأن الناس والأماكن التي تعطيه الشعور بالأمان قد تختفي عندما يخلد للنوم ويفقد الاتصال بهم.

وفي ما يلي لائحة يتضمنها **الجدول رقم (٢)** حول العوامل التي تؤثر في أوقات النوم المنتظمة.

جدول رقم (٢) العوامل المؤثرة في أوقات النوم المنتظمة عند الأطفال

١- الحركات المهدئة كالهز والارضاع، أو استخدام أدوات اللهاو.
٢- أشياء تستخدم خلال الانتقال من اليقظة إلى حالة النوم (الاستماع إلى الموسيقى، امتصاص قارورة ... الخ).
٣- وجود أو غياب الحدود الأبوية.
٤- الإطعام خلال الليل.
٥- التأخير أو التقديم في أوقات النوم.
٦- عدم انتظام أوقات النوم.
٧- الرعب أو الكوابيس أثناء النوم.

الكوابيس - كما أشرنا سابقاً ان الكوابيس طبيعية في سن الطفولة، وهي تحدث في مرحلة النوم REM، وتكون أكثر شيوعاً بين البنات منها بين الصبيان. وبعض المشاكل الأخرى قد تتضمن صعوبة بداية النوم والاستيقاظ المتكرر خلال الليل والمشي والحكي والبكاء وسلس البول خلال النوم.

ويذكر أيضاً أن قلق الطفل من الذهاب إلى السرير والخلود إلى النوم هو أحد الأسباب المهمة في مشاكل النوم. وحسب نظريات التطور والنمو فإن قلق الانفصال Separation Anxiety عند الأطفال هو مرحلة مميزة في النمو. فبعض الأطفال قد يرفض الذهاب إلى النوم لأنه وقت الانفصال عن الأهل وسوف يفعل ما بوسعه لمنع هذا الانفصال.

إن الكوابيس التي تبدأ في أعمار مختلفة عند الأطفال والأولاد قد تكون متكررة ومخيفة. وهم يتمكنون من تذكر الأحلام المرعبة السيئة. وبعض الأطفال الصغار لا يميزون بين الحلم والواقع عند الاستيقاظ من حلم سيئ. ولا يسمحون لأنفسهم بالنوم مجدداً. إن إعطاء الاطمئنان والتفهم الأبوي هما كل ما يحتاجه الطفل لمساعدته في هذه الفترة. وعلى أي حال فقد يشكل التصرف الأبوي إعطاء ربحاً سيكولوجياً ثانوياً Secondary Gain- عند بعض الأطفال للإبقاء على حالة النوم المتقطع، بحيث يستخدمون تصرفاتهم عند النوم كأسلوب لجذب انتباه الأهل وتغيير محيطهم.

فهم يطلبون ويتوسلون لتأجيل وقت النوم ويلحون على وجود أهلهم إلى جانبهم قبل أن يناموا، وعندما يستيقظون خلال الليل ينادون الأهل أو يذهبون للنوم في غرفتهم أو فراشهم. هنا يتوجب على الأهل الاستشارة الطبية والمناقشة لتغيير تصرفهم تجاه أولادهم مما يؤدي إلى حل المشكلة وراحة الأهل.

الكوابيس أيضاً عند الأطفال قد يسببها القلق حول العلاقات مع أفراد العائلة والمجتمع الخارجي. بالنسبة لصعوبة بداية النوم فقد تكون هذه مشكلة شائعة عند المراهقين بسبب القلق والمشاكل العاطفية.

ومن الأسباب الأخرى لتأرق أو سهاد المراهقين الاكتئاب والاحباطات واليهياج الجنسي.

أما النوم المطول **Hypersomnia** عند الأطفال والمراهقين فهو عادة ذو جذور نفسية. فالنوم عند بعض الأطفال والمراهقين هو هروب سهل من متطلبات البيئة المحيطة التي لا يتمكنون أو لا يرغبون بتلبيتها.

الارتعاب أو الكلام أو المشي خلال النوم تشكل نسبياً مجموعة نادرة من مشاكل النوم تسمى المؤرقات **Parasomnia** وهنا يجب التأكيد أن مشاكل النوم ليست مشاكل بحد ذاتها، إنما هي غالباً اعراض تسببها حالات طبية أو نفسية كامنة.

ارتعاب الليل - يختلف رعب الليل عن الكوابيس، فالطفل المصاب برعب الليل يجلس فجأة في سريره ويصرخ دون توقف ويبدو وكأنه مستيقظ. يبدو الطفل مرتبكاً وخائفاً ولا يمكنه البوح بما يؤلمه، وبعد بضع دقائق قد يهدأ ويعود إلى النوم وفي الصباح التالي لا يتذكر ما حدث له.

ويتكرر حدوث رعب الليل خلال الثلث الأول من فترة النوم في مرحلة "NREM العميقة، وهو يؤثر في الصبيان أكثر من البنات ويمكن انتقاله وراثياً.

المشي خلال النوم يحدث عادة في الساعات الأولى من النوم خلال مرحلة **NREM**، فيجلس الفرد في سريره ثم يغادر ويسير دون أن يكون بكامل يقظته، ولكن بعينين منفتحتين محدقتين بنظرة شاردة. ولا يقوم عادة بتصرفات تستدعي اهتماماً فكرياً معقداً، ولكن على أية حال قد يقوم الطفل بحركات خطيرة إذا فتح نافذة أو باباً أو سار خارجاً نحو الدرج. وقد تنتقل الحالة وراثياً كما في حالة رعب الليل أو سلس البول **Enuresis**.

السبغ النوبي أو النوم المفاجئ Narcolepsy الذي لا يقاوم هو حالة مجهولة الأسباب والاساس، يتم تشخيصها عادة عند المراهقين في أوائل العشرينات، وأول الأعراض التي تظهر عند المراهقين هي النوم في أوقات غير ملائمة خلال الحديث على الهاتف مثلاً أو خلال تناول العشاء أو قيادة السيارة. وتتألف الأعراض التقليدية الأربعة لهذه الحالة من التالي:

- ١- نوبات نومية.
- ٢- Cataplexy جمدة وتوقف مفاجئ لعمل العضلات، شلل.
- ٣- الشلل النومي: الشلل عند بدء النوم أو عند الاستيقاظ.
- ٤- هلوسة المرققات Hypnagogic Hallucination: هلوسات بصرية وسماعية مرعبة تحدث عند بداية النوم.

إن عوامل القلق والغضب والصراعات العاطفية قد تسبب حدوث نوبات السبغ النوبي. وأنه من المهم جداً التأكيد للقارئ إن هذه النوبات ليست نوبات داء الصرع وهي متعلقة بمشاكل النوم أو النوم غير المريح أثناء الليل.

العلام - في غالب الأحيان، لا تتطلب الكوابيس ورعب الليل والمشي أثناء النوم علاجاً للطفل أو المراهق. عادة كل ما هو مطلوب هو طمأننة الأهل لأولادهم. ولكن عندما تحدث هذه النوبات عدة مرات في الليل ولعدة أسابيع عند الأولاد الأكبر سناً والمراهقين، فعندها هناك حاجة للاستشارة الطبية لدراسة الأسباب السيكولوجية والعلاج.

ولا يوصى عادة بالأدوية المنومة Hypnotic drugs في التعامل مع مشاكل النوم عند الأطفال والمراهقين لأنها إما غير ضرورية أو هي معالجة للأعراض فقط.

References

- Anders, T.F.:* Biological Rhythms in Development. *Psychosom Med* 44:61-77, 1982.
- Cuthbertson, J., Schevill, S.:* Helping Your Child Sleep Through the Night. Garden City. New York, Doubleday & Compulsions, 1980.
- Douglas, J., Richman, N.:* My Child Won't Sleep. Hammondsworth, Middlesex, England, Penguin Books, 1984.
- Ferber, R., Boyle, M.P.:* Sleeplessness in Infants and Toddlers: Sleep initiation difficulty masquerading as a sleep maintenance insomnia. *Sleep Responsible* 12:240, 1983.
- Ferber, R.A.:* Sleep Disorders in Infants and Children. In Riley T (ed): Sleep Disorders For the Clinician. London, Butterworths, pp 113-107, 1980.
- Ferber, R.A.:* Solve Your Child's Sleep Problem. New York, Simon and Schuster, 1980.
- Illingworth, R.:* The Child Who Won't Sleep and Whose Parents Won't Let Him. *Mims Magazine*, pp 71-77, November 1976.
- Jones, DPH, Verduyn, C.M.:* Behavioral Management of Sleep Problems. *Arch Dis Child* 68:442-444, 1983.
- Kleitman, N.:* Sleep and Wakefulness. Chicago, University of Chicago Press, 1979.
- Largo, R.H., Hunziker, U.A.:* A Developmental Approach to the Management of Children With Sleep Disturbances in the First Three Years of Life. *Eur J Pediatr* 142:170-173, 1984.
- Lenard, H.G.:* Sleep Studies in Infancy. *Acta Paediatr Scand* 69:572-581, 1970.
- Metcalf, D.:* Sleep Spindle Ontogenesis in Normal Children. In Smith W(ed): Drugs, Development, and Cerebral Function. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, pp 120-144, 1972.
- Moore, T., Ucko, L.E.:* Nightwaking in Early Infancy: Part 1. *Arch Dis Child* 32:333-342, 1957.
- Moore-Ede, M.C., Sulzman, F.M., Fuller, C.A.:* The Clocks That Time Us. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1982.
- Ragins, N., Schachter, S.:* A Study of Sleeping Behavior in 2-Year Old Children. *J Am Acad Child Psychiatry* 10:474-480, 1971.
- Richman, N.:* Sleep Problems in Young Children. *Arch Dis Child* 67:491-493, 1984.
- Stern, E., Parmelee, A.H., Akiyama, Y., et al.:* Sleep Cycle Characteristics in Infants. *Pediatrics* 43:70-70, 1979.
- Valman, H.B.:* Sleep Problems. *Br Med J* 283:422-423, 1981.
- Van Tassel, E.B.:* The Relative Influence of Child and Environmental Characteristics on Sleep Disturbances in the First and Second Year of Life. *JDBP* 7:81-86, 1980.
- Younger, J.B.:* The Management of Night Waking in Older Infants. *Pediatr Nurs* 8:100-108, 1982.

تعرف العدائية كتصرف موجّه ضد شخص آخر أو ضد الشخص ذاته أو ضد أشياء غير حيّة. وترتبط التهديدات والعنف والغضب والتسرع بحالة العدائية التي قد تكون قولاً أو فعلاً، ويعتبر العنف هو الحد الأقصى لهذه الحالة بحيث يتضمن الأذى الجسدي أو تخريب الممتلكات.

"العدائية الادائية" (Instrumental Aggression) - هو تعبير يتم استخدامه لوصف مهارات عنف مكتسبة يتم تطبيقها بشكل واع من أجل التحكم أو السيطرة أو التسلب.

إن التصرفات العنيفة والعدائية هي أمور شائعة في الأمراض النفسية والعصبية إضافة إلى الخلل السلوكي، فمرض الشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial Personality Disorder) مثلاً عند الراشدين هي حالة تتضمن درجات مختلفة من العدائية والتصرفات العنيفة. والانفعال عند الأطفال وضعف القدرة على التحكم قد يشخصه الطب النفسي في التصرف والسلوك واضطراب النقص في الانتباه وازدياد الحركة. Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

أسباب المرض - لقد لوحظ منذ أمد بعيد، مدى تأثير العوامل البيئية والمجتمعية كعناصر مساهمة في التصرفات العدائية، كذلك تلعب التأثيرات العضوية دوراً هاماً في التصرفات، ويظهر **الجدول رقم (١)** بعض العوامل التي تسبب العدائية عند الأطفال والمراهقين.

١- السيرة الطبية والاضطرابات النفسية في العائلة
٢- الذكورية (متلازمة XY Syndrome) أو مرض (XYY Syndrome).
٣- آباء من ذوي السوابق الإجرامية.
٤- تأثيرات هرمونية (مثل الستيرويدات البنائية Anabolic Steroids).
٥- تأثيرات الموصلات العصبية (Neurotransmitters) للجهاز العصبي المركزي (مثل نسب منخفضة للسيروتونين Serotonin، أو ارتفاع نسبة الدوبامين Dopamine، إضافة إلى تأثير نورابينفرين Norepinephrine).
٦- انخفاض نسبة IQ - أي الذكاء عن المستوى الطبيعي.
٧- خلل دماغي أو وظيفي خصوصاً في اللوزة (Amygdala) أو غدة المخيخ (Hypothalamus) أو اللحاء المداري في مقدمة الرأس. مثلاً: التهاب الدماغ الحرفي (Limbic encephalitis).
٨- سوء معاملة الأطفال أو إهمالهم (نموذج للعدائية المكتسبة).
٩- رعاية أبوية سيئة خصوصاً خلال مراحل دقيقة من نمو الطفل.
١٠- حالات معيشية سيئة أو ظروف غير مريحة مثلاً: الحرّ الزائد أو الأعداد الكبيرة المزدحمة.
١١- العنف داخل العائلة.

تتمة الجدول رقم (١) التعليل في عدائية الأطفال والمراهقين

١٢- اضطرابات نفسية عند الأطفال (مثل الاكتئاب واضطراب النقص في الانتباه وازدياد الحركة والذهان (Psychoses). المزاجية وغيرها من نقاط الضعف الذاتية
١٣- العنف المضمّر ضمناً والموافق عليه أخلاقياً.
١٤- المؤثرات السامة (مثل الكحول والكوكايين وغيرها).
١٥- أسباب طبية (مثل النشاط الفائض للغدة الدرقية).
١٦- نوبات الصرع (Temporal lobe epilepsy)، حالات الهيجان أو الغضب المدمر وحالة عقب النشبة (Postictal State) والتصرف ما بين نشبتين (Interictal Behavior).

إن العوامل الاجتماعية والبيئية هي ذات أهمية كبرى في نشوء العدائية. عندما ننظر إلى غضب الطفل الصغير في شكله الأكثر بدائية، إن التفاعلات مع الأم والعائلة تقوّل هذا الغضب في مرحلة تطور النضج العصبي.

أما استمرار التصرفات العدائية في مرحلة لاحقة من الطفولة فقد يكون سببه ضعف المهارات الأبوية، بحيث أن الفشل المتكرر في وضع حدود لتصرف الطفل، والصعوبة في تغيير تصرفاته السابقة التي اعتاد عليها، والموافقة الضمنية على التصرفات العدائية، هي كلها ضمن الأسباب التي تؤدي إلى استمرار هذا الأمر.

إن نقص الرقابة وإهمال الأولاد قد لا يسمح لهم إذا كانوا بمفردهم، بمهاجمة أطفال أصغر سناً بأقصى ما يمكن من العنف والغضب. وتختلف أساليب العدائية بين مختلف الدرجات الاجتماعية وبين عائلة وأخرى. كما تكون النزعة للردّ قوياً أو فعلاً على أنواع.

المعالجة - يعتمد علاج العدائية والعنف السلوكي على درجات العنف ومسبباته، ومن المهم جداً أن نبقى الميول العدوانية عند الأطفال والمراهقين تحت السيطرة، بواسطة وضع الحدود اللازمة والتوجيه الاجتماعي المختص، لتخفيف العنف المتكرر في الحياة اليومية إلى أقل درجة ممكنة. لمعرفة المزيد من التفاصيل عن هذا الموضوع، يرجى مراجعة الفصل المتعلق بالاضطرابات السلوكية في القسم الثاني أو الثالث.

References

- Achenbach, T., & Edelbrock, C.*: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont. 1983.
- Alam, M. T., Deschamps, R., Gaba, E., et al.*: The XYY Syndrome in an adolescent male exhibiting prominent behaviour problems. *Clin. Genet.*, 3:162-168, 1972.
- Amaral, D., Simmon, H.*: The locus coeruleus: Neurobiology of a central norenergic nucleus. *Progress Neurobiology*, Vol.: 9: 147, 1977.
- Anderson, G.M.*: Review of the role of serotonin in disrupted behavior. *Journal Child Adolescent Psychopharmacology*. Vol.3, 1993.
- Arnold, P. Goldstein and Harold Keller*: Aggressive behavior: Assessment and Intervention. New York: Pergamon Press, 1987.
- Asberg, A., Traskman, L., Thoren, P.*: 5HIAA in Cerebrospinal Fluid: A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 33:1193-1196, 1976.
- Asher, S.R., & Dodge, K.A.*: The identification of socially rejected children. *Developmental Psychology*, 22, 444-449, 1986.
- Baker, D., Telfer, M.A., Richardson, C.E., et al.*: Chromosome Errors in Men With Antisocial Behavior: Comparison of selected men with "Klinefelter's syndrome" and XYY chromosome pattern. *JAMA* 214:869-878, 1970.
- Bandura, A.*: Aggression: A Social Learning Analysis. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1973.
- Bowlby, J.*: Attachment and Loss. Vol 1. New York, Basic Books, 1969.
- Bowlby, J.*: Attachment and Loss. Vol 2. Harmondsworth, Penguin, 1970.
- Brown, G.L., Ballenger, J.C., MinicMD, et al.*: Human Aggression and its Relationship to Cerebrospinal Fluid o-hydroxy-indoleacetic acid, 5-methoxy-5-hydroxy-phenyl-glycol, and homovanillic acid. In Sandler M (ed): *Psychopharmacology of Aggression*. New York, Raven Press, pp 131-148, 1979.
- Campbell, M., Anderson, L.T., Green, W.H.*: Behavior-disordered and aggressive children: new advance in pharmacotherapy. *J Development Behav Pediatr* 4(4): 260-71, 1983 Dec.
- Chess, S.E., Thomas, A.*: Origins and Evolution of Behavior Disorders. New York, Brunner & Mazel, 1984.
- Cicchetti, D.*: How Research on Child Maltreatment Has Informed the Study of Child Development: Perspectives from developmental psychopathology. In Cicchetti D, Carlson V (eds): *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge, Cambridge University Press, pp 377-431, 1987.

References

- Dodge, K.A., & Coie, J.D.*: Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1987.
- Dodge, K.A., & Tomlin, A.*: Cue utilization as a mechanism of attributional bias in aggressive children. *Social Cognition*, 5, 281-300, 1987.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., McClaskey, C.L., & Brown, M.*: Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development* (Serial No. 213, Vol. 51, No. 2), 1986.
- Dodge, K.A.*: A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota symposium in child psychology* (pp. 77-126). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1986.
- Dodge, K.A.*: Social information processing variables in the development of aggression and altruism in children. In C. Zahn-Waxler, E.M. Cummings, & R. Ionnati (Eds.), *The development of altruism and aggression: Social and biological origins* (pp. 281-302). New York: Cambridge University Press, 1986.
- Ehrhardt, A.A., Epstein, R., Money, J.*: Fetal Androgens and Female Gender Identity in the Early Treated Adrenogenital Syndrome. *Johns Hopkins Med J* 122:161-167, 1978.
- Elliott, F.A.*: Violence: The Neurologic Contribution: An overview. *Arch Neurol* 49:590-603, 1992.
- Farrington, D.P.*: The Family Backgrounds of Aggressive Youths. In Hersov LA, Berger M, Shaffer D (eds): *Aggression and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence*. Oxford, Pergamon, pp 73-93, 1978.
- Feldman, E., & Dodge, K.A.*: Social information processing and sociometric status: Sex, age, and situational effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 211-227, 1988.
- Galvin, M., Shekhar, A., Simon, J., et al.*: Low Dopamine-Beta-Hydroxylase: A biological sequela of abuse and neglect? *Psychiatry Responsible* 39:1771-1781, 1991.
- Garland, H.J., Day H.D.*: Parental Conflict and Male Adolescent Problem Behavior. *Journal of Justice Psychology* 103:201-209, 1991.
- Griffitt, W., Veitch, R.*: Hot and Crowded: Influence of Population Density and Temperature on Interpersonal Affective Behavior: Ambient effective temperature and attraction. *J Pers Soc Psychol* 17:92-98, 1971.
- Hamburg, D.A.*: Psychological Studies of Aggressive Behaviour. *Nature* 230:19-23, 1971.

References

- Hook, E.B.: Behavioral Implications of the Human XYY Genotype. *Science* 179:139-150, 1973.
- Jones, J.W., Bogat, G.A.: Air Pollution and Human Aggression. *Psychol Repression* 43:721, 1978.
- Kagan, J., Moss, H.: *From Birth to Maturity*. New York, John Wiley, 1962.
- Kenneth Tardiff (ed.): Violence and the violent patient. In *American Psychiatry Association Annual Review*, Volume 7. Robert E. Hales and Alan J. Frances (eds). Washington, DC: American Psychiatric Press (1987).
- Kevin Howells and Clive R. Hollin (eds.): *Clinical Approaches to Violence*. New York: John Wiley and Sons, 1989.
- Kivowitz, J.: The XYY syndrome in children: A review. *Child Psychiatry. Hum. Dev.*, 2:186-194, 1972.
- Kupersmidt, J., Coie, J.D., & Dodge, K.A.: Predicting disorder from peer social problems. In S.R. Asher & J.D. Coie (Eds.): *Peer rejection in childhood: Origins, consequences, and intervention*. New York: Cambridge.
- Lal, H., De Feo, J.J., Thut, P.: Effect of Amphetamine on Pain-Induced Aggression. *Commun Behav Biol* 1:333, 1968.
- Lewis, D.O., Shanok, S.S., Pincus, J.H., et al.: Violent juvenile delinquents. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 18:307-319, 1979.
- Lindsay, J., Ounsted, C., and Richards, P.: Long-term outcome in children with temporal lobe seizures. III: Psychiatric aspects in childhood and adult life. *Dev. Med. Child Neurol.*, 21:630-636, 1979.
- Macleod, P.: Brain Evolution Relating to Family, Play and the Separation Call. *Arch Gen Psychiatry* 42:400-417, 1980.
- Main, M., George, C.: Response of Abused and Disadvantaged Toddlers to Distress in Agitates: A study in the day care setting. *Devel Psychol* 21:407-412, 1980.
- Maliphant, R., Hume, F., Furnham, A.: Autonomic Nervous System (ANS) Activity, Personality Characteristics and Disruptive Behavior in Girls. *J Child Psychol Psychiatry* 31:619-628, 1990.
- Mattes, J.A., Rosenberg, J., Mays, D.: Carbamazepine versus propranolol in patients with uncontrolled rage outbursts: a random assignment study. *Psychopharmacol Bull*, 20(1): 98-100, 1984 Winter.
- Mattes, J.A.: Psychopharmacology of temper outbursts. A review, *J Nerv Ment Dis*, 174(8): 464-70, 1986 Aug.
- Menachem Krakowski, Jan Valavka, and David Brizer: Psychopathology and violence: a review of literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27:131-148 (March/April 1986).

References

- Mueller, E., Silverman, N.*: Peer Relations in Maltreated Children. In Cicchetti D, Carlson V (eds): Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect. New York, Cambridge University Press, pp 529-548, 1989.
- Palmour, R.M.*: Genetic Models for the Study of Aggressive Behavior. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 7:513-517, 1983.
- Patterson, B.*: Coercive Family Process. Eugene, Oregon, Castalia Pub Compulsions, 1982.
- Pettit, G.S., Dodge, K.A., & Brown, M.M.*: Early family experience, social problem solving patterns, and children's social competence. *Child Development*, 59, 1988.
- Pettit, G.S., McClaskey, C.L., Brown, M.M., & Dodge, K.A.*: The generalizability of laboratory assessments of children's socially competent behavior in specific situations. *Behavior Assessment*, 9, 81-96, 1987.
- Pope, H.G., Katz, D.L.*: Affective and Psychotic Symptoms Associated with Anabolic Steroid Use. *Am J Psychiatry* 145:487-490, 1988.
- R.L. McNeely and Gloria Robinson-Simpson*: The truth about domestic violence: a falsely framed issue. *Social Work*, 32:6:480-490 (November/December 1987).
- Reis, D.J.*: Central Neurotransmitters in Aggression. In Frazier SF(eds): Aggression. New York, Raven, pp 119-147, 1974.
- Rutter, M., Birch, H.G., Thomas, A., et al.*: Temperamental Characteristics in Infancy and Later Development of Behavioral Disorders. *Br J Psychiatry* 110:601-611, 1974.
- Sheard, M.H.*: Clinical pharmacology of aggressive behavior. *Clin Neuropharmacol*, 7(3): 173-83, 1984.
- Silver, L.B.*: Developmental Learning Disorders. In Lewis M (ed): Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Williams & Wilkins, pp 522-528, 1991.
- Spitz, R.A.*: Anaclitic Depression. *Psychoanal Study Child* 2:313-342, 1946.
- W.A. Weiger and D.M. Bear*: An approach to the neurology of aggression. *Journal of Psychiatric Research*, 22:80-98, 1988.
- Youngerman, J.K., Canino, I.A.*: Violent kids, violent parents: family pharmacotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 53(1): 102-6, 1983 Jan.

البدانة هي الوزن الزائد الذي تسببه زيادة خلايا الشحوم في الجسم،
ومسببات الوزن الفائض عند الأطفال متنوعة.

هذه المسببات تظهر أدناه في الجدول رقم (١):

الجدول رقم (١) الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى البدانة عند الأطفال

١- عوامل وراثية: الأطفال ذوي الآباء البدينين هم أكثر عرضة لاكتساب البدانة.
٢- مؤثرات اجتماعية وحضارية: أطفال اليوم مثلاً أقل نشاطاً جسدياً من الجيل الماضي.
٣- عوامل بنائية ونمائية: نمو خلايا الشحوم عند الطفل البدين يختلف عنه عند الطفل العادي.
٤- اضطراب العلاقة بين الطفل والأهل: الأب أو الأم التي تجد صعوبة في إحاطة الطفل بالعاطفة المطلوبة قد تعوّض عليه بالإفراط في إطعامه أو السماح له بالإفراط في الأكل.
٥- عوامل نفسية داخلية: الإفراط في الأكل وزيادة الوزن عند الطفل تشير إلى انزعاجه، فالطفل يأكل عندما يكون غاضباً أو وحيداً أو قلقاً أو حزيناً لأمر ما.
٦- المأكولات كمسكنات: قد يهدئ الطفل نفسه بالطعام ليستهل عليه تقبل التفكك العائلي أو التنازعات العائلية.
٧- الخلل في عملية استقلاب تفكيك Metabolism / الكاربوهيدرات: والانسولين عند الطفل البدين.
٨- الخلل في نظرة الطفل لجسمه Disturbed Body Image.

يعتقد بعض الأهل والمختصين إن الطريقة الأفضل لتخفيض الوزن عند الطفل البدن هي التقليل من الوحدات الحرارية في الغذاء. إن إرغام الطفل على الخضوع للحمية الغذائية يؤدي أكثر مما يفيد، وإخفاء الطعام أو حرمانه منه قد يجعله تعيساً. فالحمية بكل بساطة لن تفيد شيئاً وبعض أسباب ذلك مدرجة في **الجدول رقم (٢):**

جدول رقم (٢) أسباب عدم جدوى الحمية الغذائية

١-	يشعر الطفل أنه هو المخطئ في بدنه لأنه بسبب ضعف إرادته.
٢-	يشعر إن تبعة تخفيض وزنه وتحديد تكم عليه وحده.
٣-	تتأكد مخاوف الطفل أنه يعاني خطباً ما وأنه فشل لأنه أراد أن يأكل أكثر من المسموح به من أهله.
٤-	سميح للطفل طريقة لياكل الحلويات الممنوعة الغنية بالوحدات الحرارية إن في المدرسة أو في بيت صديق.
٥-	قد يصبح الطفل أكثر انشغالاً بالطعام ما كان عليه سابقاً وربما يبدأ بإخفاء الطعام حتى داخل بيته.

من المهم جداً للأهل إن يركزوا على التوجيه الصحيح في محاولة لحل مشكلة البدانة عند الطفل. لأن الطفل يجب أن يرضي أهله أكثر من أي شيء آخر. لذا يجب التركيز على الحالة الصحية ككل والتغذية الصحيحة لأفراد العائلة. فقد يختار الأهل نوعية الطعام والوقت المناسب للأكل. ومن المفيد عدم مراقبة الكمية والسماح للطفل أن يحدد ما إذا كان جائعاً ويضع قوانين طعامه بنفسه.

ويحتاج الأهل إلى التركيز على الأساليب الغذائية الصحية، وسيتعلم الطفل العادات الغذائية الصحيحة من أهله ومن يكبرونه سناً إذا اجتمعت العائلة على مائدة الطعام.

ويجب على الأهل التفكير بالنمو العاطفي الصحي للطفل أكثر من التفكير بالوزن الفائض. لأنه إذا أصبح هذا الوزن هو الأمر الأكثر أهمية الذي يجب على الطفل التخلص منه فهو لن يشعر بالسعادة إلا إذا تخلص من بدانته، وتتعرض كل أمور حياته حتى تحقيق ما يسعى إليه.

هكذا ينمو الطفل بخلل عاطفي إضافة إلى بدانته مع شعور بالنقص وضعف في تقدير الذات وصعوبة في إقامة العلاقات مع الغير. الأهم من فقدان الوزن هو أن ينمو الطفل إلى شخص راشد يحترم ويحب ذاته، فلا يجب أن تغطي البدانة على كل ميزاتاته. والطفل البدين ذو النمو العاطفي الصحي هو عادة طفل تربيته عائلة لا تصفه أو تعرفه حسب وزنه.

وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن الأطفال الذين تلقوا العلاج الأقل لبدانتهم، كانوا أكثر ميلاً لحل مشكلة البدانة بأنفسهم فيما بعد.

References

- Charney, E., Chambee, H., McBride, M., et al.: The Childhood Antecedents of Adult Obesity: Do chubby infants become obese adults? *N Engl J Med* 290:7-9, 1976.
- Collins, W.J.: Anorexia Nervosa. *Lancet* 1:202-203, 1894.
- Crawford, P.B., Keller, C.A., Hampton, M.C., et al.: An Obesity Index for Six Month Old Children. *Am J Clin Nutr* 27:76-711, 1974.
- Eid, E.E.: Follow-Up Study of Physical Growth of Children Who had Excessive Weight Gain in the First Six Months of Life. *Br Med J* 2:77-76, 1970.
- Garfinkel, P.E., Garner, D.M.: *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York, Brunner/Mazel, 1982.
- Garn, S.M., Clark, D.C., Ad Hoc Committee to Review the Ten-State Nutrition Survey: Trends in Fatness and the Origins of Obesity. *Pediatrics* 67:443-406, 1976.
- Goldblatt, P.B., Moore, M.E., Stunkard, A.J.: Social Factors in Obesity. *JAMA* 192:1039-1044, 1960.
- Hammer, S.L., and Campbell, M.M., et al.: An Interdisciplinary Study of Adolescent Obesity. *J. Pediatr.* 80:373-383, 1972.
- Irwin, M.: Early Onset Anorexia Nervosa. *South Med J* 77:611-614, 1984.
- Jacobs, B.W., Isaacs, S.: Prepubertal Anorexia Nervosa: A retrospective controlled study. *J Child Psychol psychiatry* 27:237-200, 1986.
- Kahn, E.J.: Obesity in Children. In: Kiell N(ed): *The Psychology of Obesity: Dynamics and Treat-ment*. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1973.
- Knittle, J.: Obesity in Childhood: A Problem in Adipose Tissue Cellular Development. *J. Pediatr.* 81:1048-1009, 1972.
- Lask, B., Bryant-Waugh, R.: Early-Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 33:281-300, 1992.
- Maloney, M.J., Klykylo, W.M.: An Overview of Anorexia Nervosa, Bulimia and Obesity in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 22:99-107, 1983.
- Mayer, J.: Some Aspects of the Problem of Regulation of Food Intake and Obesity. *N. Eng. J. Med.* 274:610-616, 663-673, 722, 731, 1966.
- McLaren, D.S., Reed, W.E.: Classification of Nutritional Status in Early Childhood. *Lancet* 2:146-148, 1972.
- Russell, G.F.M.: Premenarchal Anorexia Nervosa and its Sequelae. *J Psychiatr Responsible* 19:363-369, 1980.
- Shapiro, L.R., Crawford, P.B., Clark, M.J.: Obesity Prognosis: A Longitudinal Study of Children From Age Six Months to Nine Years. *Am J Public health* 74:968-972, 1984.

References

- Shukla, A., Forsyth, A.A., Anderson, C.M., et al.*: Infantile Overnutrition in the First Year of Life: A field study in Dudley, Worcestershire. *Br Med J* 3: 507-510, 1972.
- Stunkard, A.J.*: Obesity. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Freedman AM (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed.) Baltimore, Williams & Wilkins, pp 1872-1881, 1998.
- Woolston, J.L., Forsyth, D.L.*: Obesity of Infancy and Early Childhood: A diagnostic schema, In: *Lahey BB, Kazdin AE(eds): Advances in Clinical Child Psychology* (Vol 12). New York, Plenum, pp 179-192, 1989.
- Woolston, J.L.*: Eating and Growth Disorder in Infants and Children. In: *Kazdin AE(ed): Developmental Clinical Pathology* (Vol 28). Newbury Park, CA, Sage Publication, 1991.
- Woolston, J.L.*: Eating Disorders in Infancy and Early Childhood. *J Am Acad Child Psychiatry* 22: 118-121, 1983.
- Woolston, J.L.*: Obesity of Infancy and Early Childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 123-126, 1987.
- World Health Organization*: *International Classification of Diseases* (10th ed). *Criteria for Research* (Draft). Geneva, World Health Organization, 1990.

حسب **جون بولبي** John Bowlby هناك ثلاث مراحل من التلّوع:

١- الإلحاح لاستعادة الشخص المفقود.

٢- اختلال التنظيم.

٣- إعادة التنظيم.

وقد وصفت تراتبية ردّات الفعل بأنها تبدأ بالقلق ثم الغضب ثم الانتقال إلى الألم فاليأس، فالانفصال.

تعتبر هذه العملية عالمية وتتطور مع الوقت حتى تنتهي بتقبّل الخسارة والشفاء والانسجام مع الذات. وفي بعض الحالات يحدث إنكار مع ميل قوي للتصرف وكأنه لم تحصل أي خسارة على الإطلاق.

تتضمن المميزات الطبية للمرحلة الأولى من التلّوع، عدم التصديق، العويل والبكاء، الغضب، الارتباك المهيمن حول واقع الموت، الشعور بالذنب، القلق، الشعور بالوحدة، الذهول، والخوف من الجنون وفقدان السيطرة على الذات.

في المرحلة الثانية تسيطر خيبة الأمل ويتلاشى الأمل بعودة المفقود، ويأتي اليأس ثم يتبعه المرارة ثم الحقد والخلل السلوكي.

يبرز في المرحلة الثالثة أمل جديد ثم صراع من أجل أشياء جديدة في الحياة، ويركز الشخص طاقاته نحو أهداف جديدة.

ومن وجهة نظر نمائية يصف **بولبي** طبيعة الرابط بين الأم والطفل بأنه شعور بالأمان. وهذا الشعور بالأمان يتوقف على مدى وجود التحام الأم.

وتوصف الروابط بأنها إما قلق أو حماية، والأشخاص الذين يبقون ضمن دائرة الحماية ينمون على أسس تشكيلي روابط مقنعة فيما بعد، بينما أظهرت دراسات حديثة أن الأشخاص الذين دخلوا دائرة القلق في علاقتهم يصعبون أكثر عرضة لإظهار ردات فعل عنيفة عند المسارة.

وتشير نظرية **مارغريت مولر Margaret Mahler** حول نمو الطفل أن هذا النمو يتضمن تخلصاً تدريجياً من "التوحد" مع الأم. إن عملية الانفصال عن الأم وتأسيس الفردية هي عملية تستمر مدى الحياة وفيها الكثير من الألم والشعور بالخسارة بحيث أن كل خطوة نحو الاستقلالية تتضمن تهديداً بالخسارة وعلى الشخص أن يتعامل مع هذه العملية بالانسجام قدر الإمكان.

وتصف **ميلاني كلاين Melanie Klein** التلوع كمرحلة من اختلال التنظيم وإعادة التنظيم المرحلي لعالمي الطفل الداخلي والخارجي. وتشير أيضاً إلى أن أسلوب الشخص في ردة فعله على الخسارة في مراحل النمو اللاحقة تعود إلى تجارب ردات فعل مشابهة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة.

من المهم أن نتذكر أن ردة فعل الأطفال تختلف عن الكبار عند حدوث الموت في العائلة. فالطفل ما قبل سن الدراسة وعند بدء المدرسة يرى الموت مؤقتاً يمكن دمه. أما الطفل بين سن السابعة والحادية عشر فيقترب تفكيره من الكبار حول الموت ولكنه ربما يعتقد أنه لن يحدث أبداً في عائلته أو يصيب أي شخص يحبه. هنا يجب أن يدرك أهل ردات الفعل الطبيعية حول الموت في مرحلة الطفولة إضافة إلى إشارات التلوع المرضي Pathologic Grief.

إن تعامل الطفل مع موت في العائلة قد يتضمن شعوراً بأن الشخص الميت ما زال حياً. ثم أن هناك خوف من حضور مراسم الدفن مع القلق والغضب، الحزن، العنف تجاه من هم على قيد الحياة، كوابيس ليلية، سلس البول التبول اللاإرادي، والتبرز اللاإرادي.

وبعض الأطفال قد يتراجعون نفسياً إلى مرحلة سابقة من النمو ويتصرفون كأنهم أصغر سناً.

إن الأطفال يعتقدون أنهم السبب فيما يحصل حولهم، وقد يعتقد الطفل بأن الشخص توفي لأنه تمنى له الموت مرة، ويحمل عقدة الذنب لأن أمنيته تحققت.

يجب ملاحظة إشارات **التلوع المرضي** عند الأطفال والأولاد والمراهقين مع مرور الوقت، فالأعراض الخطيرة تمتد لفترات طويلة وتتضمن القلق والإحباط، عدم الاهتمام باللعب، فقدان الشهية، تصرفات تدل على تراجع نفسي إلى مرحلة سابقة من النمو، رفض الذهاب إلى المدرسة والتراجع في العلامات والأداء المدرسي، وتقطع في فترات النوم المنتظمة. ويظهر لنا **الجدول رقم (١)** العوامل المؤثرة في تعامل الطفل مع موت أب أو أم أو أخ أو أخت، إضافة إلى التكيف الصحيح مع تجارب التلوع.

جدول رقم (١) عوامل مؤثرة في ردة فعل طفل يتعامل مع موت أحد أعضاء العائلة

١ - الطريقة التي عرف بها الطفل عن الموت .
٢ - اتجاهات وآراء الأهل الأحياء حول الموت.
٣ - إذا كان الموت فجائياً أو متوقعاً.
٤ - إذا حضر الطفل مراسم الدفن أم لا؟
٥ - درجة فقدان الحس والسيطرة في فترة ما بعد الدفن.

تتمة جدول رقم (١)
عوامل مؤثرة في ردة فعل طفل
يتعامل مع موت أحد أعضاء العائلة

٦- ضرورة التعامل مع إحساس بالنضوج قبل الأوان.
٧- التعامل مع إحساس باللاواقعية حول الموت.
٨- تطوير استراتيجيات للتعامل مع من هو حي من الأهل.
٩ - العاطفة المتوفرة من الأهل الأحباء ودرجة المساعدة والعناية بـ الطفل المصاب بمشاكل نفسية.
١٠ - مستوى الواجبات والمتطلبات التي يطلبها من الطفل من هو حي من الأهل.

كما أشرنا سابقاً **التلوع المرضي** يعادل الاكتئاب الحاد. فإذا ظهرت وتطورت أعراض التلوع المرضي فهذا يعني أن الطفل يعاني مشكلة عميقة كنتيجة للموت ويحتاج إلى مساعدة طبية متخصصة.

References

- Akiskal, H.S., Mckinney, W.T.*: Overview of recent research in depression. *Arch Gen Psychiatry* 32:280-300, 1970.
- Barry, M.J., Jr*: The prolonged grief reaction. *Mayo Clin Proc* 48:329-330, 1973.
- Bergen, L* :.Death and Dying: Theory, Research, Practice. Dubuque, Iowa, William C. Brown, 1979.
- Berlinsky, E.B., Biller, H.B* :.Parental Death and Psychological Development. Lexington, Massachusetts, DC Health, 1982.
- Birtchnell, J* :.Early parent death and psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry* 7:202-210, 1972.
- Bloom, B.L., Asher, S.J., White, S.W* :.Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychol Bull* 80:867-894, 1978.
- Bluebond-Langner, M* :.Meanings of death to children. In Feifel, H.(ed): *New Meanings of Death*. New York, McGraw-Hill, 47-66, 1977.
- Bowlby, J* :.Attachment and Loss. Vol. 2. Separation, Basic Books, New York, 1973.
- Bowlby, J.*: Attachment and Loss: Loss Sadness and Depression. Ed 3. New York, Basic Books, Inc., pp 23-27, 1980.
- Bowlby, J* :.Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Stud Child* 10:9-52, 1960.
- Bowlby, J* :.Separation anxiety: A critical review of the literature. *J Child Psychol Psychiatry* 1:201-269, 1961.
- Bowlby, J* :.The making and breaking of affectional bonds. I: Aetiology and psychopathology in light of attachment theory. *Br J Psychiatry* 130:201-210, 1977.
- Bowlby, J* :.The making and breaking of affectional bonds. II: Some principles of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 130:421-431, 1977.
- Briscoe, C.W., Smith, J.B., Robins, E., et al*: Divorce and psychiatric disease. *Arch Gen Psychiatry* 29:119-120, 1973.
- Brown, G.W., et al*: Long term effect of early loss of parent. In Rutter M, Ingard C, Read P (ed): *Depression in Childhood. Developmental Perspectives*. New York, Guilford Press, 1982.
- Dohrenwend, B.S ,.Dohrenwend, B.P* :.Life stress and illness: Formulation of the issues. In *Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P. (eds) : (Stressful Life Events and Their Contexts*. New York, Prodist, pp 1-27, 1981.

References

- Elizur, E., Kaffman, M* : Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. *Am J Orthopsychiatry* 53:668-676, 1983.
- Engel, G.L* : Is grief a disease? *Psychosom Med* 23:18-22, 1961.
- Frankl, V* : The feeling of meaninglessness: A challenge to psychotherapy. *Am J Psychoanal* 32:80-89, 1972.
- Freud, S* : Mourning and Melancholia (1917). In Jones E (ed): Sigmund Freud. Collected Papers. New York, Basic Books. 1909 ,
- Freud, S* : Mourning and Melancholia. Standard Edition: Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 14. London, Hogarth Press, p 102, 1907.
- Furman, E* : A Child's Parent Dies: Studies in Childhood Bereavement. New Haven, Yale University Press, 1974.
- Goode, W.J.*: After Divorce. Glencoe, Illinois, Free Press, 1906.
- Helsing, K.J., Szklo, M* : Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 114:41-52, 1981.
- Jacobson, G.F* : The Multiple Crises of Marital Separation and Divorce. New York, Grune and Stratton, 1983.
- Kastenbaum, R* : Death and development through the life cycle. In Feifel H (ed): New Meanings of Death. New York, McGraw Hill, 1977.
- Kitson, G.C., Holmes, W.M* : Portrait of Divorce. New York, Guilford Press, in press, 1988.
- Lifton, R.J* : The Broken Connection. New York, Simon and Schuster, 1979.
- Lindemann, E* : Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 101:141-148, 1944.
- Lindemann, E*: Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 101:141-148, 1944.
- Lundin, T* : Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *Br J Psychiatry* 144:84-88, 1984.
- Mahler, M.S* : On the first three subphases of the separation-individuation process. *Int j. Psychoanal* 53:333-338, 1972.
- Marris, P* : Loss and change. New York, Pantheon Books, 1974.
- Nagy, M* : The child's view of death. In Feifel H (ed): The Meaning of Death. New York, McGraw-Hill, 1960.
- Osterweis, M., Solomon, F., Green, M* : Bereavement: Reactions, Consequences and Care. Washington, DC, National Academy Press, 1984.

References

- Parkes, C.M., Weiss, R* :.Recovery from Bereavement. New York, Basic Books, 1983.
- Parkes ,C.M., Weiss, R.S* :.Recovery from Bereavement. New York, Basic Books, 1983.
- Pavlov, I.P* :.Lectures on Conditioned Reflexes. New York, International Publishers, 1928.
- Pollock, G.H* :.Childhood sibling loss: A family tragedy. *Psychiatr Ann* 16:309, 312-314, 1986.
- Pollock, G.H* :.On time and anniversaries. In Kanzer M (ed); the Unconscious Today. News York, International Universities Press, pp 233-207, 1971.
- Pollock, G.H* :.On time, death and immortality. *Psychoanal Q* 40:430-446, 1971.
- Rutter, M* :.Maternal Deprivation Reassessed. Middlesex, England, Penguin Books, 1981.
- Segal, J* :.Winning Life's Toughest Battles: Roots of Human Resilience. New York, McGraw-Hill Book Compulsions, 1986.
- Seligman, M.E* :.Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco, WH Freeman and Co, 1970.
- Sigins, L.D* :.Mourning: A critical survey of the literature. *Int J Psychoanal* 47:14-20, 1966.
- Simos, B.G* :.A Time to Grieve: Loss as a Universal Human Experience. New York, Family Service Association of America, 1979.
- Spitz, R.A* :.Anaclitic depression. *Psychoanal Stud Child* 2:313-342, 1946.
- Vachon, M.L.S., Sheldon, A.R., Lance, W.J., et al*: Correlates of enduring distress patterns following bereavement: Social network, life situation and personality. *Psychol Med* 12:783-788, 1982.
- Vaillant, G.E* :.Loss as a metaphor for attachment. *Am J Psychoanal* 40:59-67, 1980.
- VanErdewegh, M., et al*: The bereaved child. *Br J Psychiatry* 140:23-29, 1982.
- Waller, W* :.The Old Love and the New: Divorce and Readjustment. New York, Horace and Liveright; reprinted Carbondale, Illinois, University of Southern Illinois Press, 1930/1967.
- Yalom, I.D* :.Existential psychotherapy. New York, Basic Books, pp 461-483, 1980.
- Zisook, S., Depression Vaul, R.A* :.Grief, unresolved grief, and depression. *J Acad Psychosom Med* 24(3): 247-206, 1983.
- Zung, W.W.K* :.A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12:63-70, 1960.

هناك إثباتات أن معدل الانتحار بين المراهقين الذكور قد تضاعف ثلاث مرات في الدول المتقدمة خلال ٣٠ سنة الأخيرة. إن تعبير "انتحار" يعني القيام بتصرف يقود إلى موت الفرد، وتعبير "محاولة انتحار" يعني النية لاقتراف فعل يؤدي الشخص دون أن يؤدي إلى موته، أما الإيحاء بالانتحار " فيستخدمه أولئك الذين يقومون بما يستلزمه الانتحار دون أن ينووا الموت فعلاً. ومن الصعب جداً أن نقدر الدوافع التي تسبق فعل الانتحار. ولكن تم استخلاص العوامل الخطرة التي قد تقود للانتحار بين المراهقين. يتوجب على الأهل والمعلمين واختصاصي الصحة أن يدركوها كما هي مدرجة في **الجدول رقم (١)**

العوامل الخطرة للانتحار بين المراهقين

الجدول رقم (١)

١-سوابق في نية أو محاولة الانتحار.
٢-وجود مراقب أكبر سناً من الذكور.
٣-مشاكل عائلية طويلة الأمد كالنزاعات والصراعات بين الأهل أو حدوث الطلاق.
٤- سوابق في إدمان الكحول أو الأمراض النفسية في العائلة- سوابق انتحار في العائلة.
٥-سوابق أمراض نفسية كالإحباط واضطراب السلوك واضطراب نقص الانتباه وازدياد الحركة. Attention Deficit Hyperactivity Disorder ، الإعاقات التعليمية والاضطراب النرجسي عشق الذات Narcissistic Disorder .
٦-العيش بعيداً عن العائلة

وقد تم تسجيل بعض التصرفات عند الذين حاولوا الانتحار قبل التنفيذ نلخصها في
الجدول رقم (٢)

**الجدول رقم (٢) نموذج تصرفات المرافقين الذين يحاولون
الانتحار قبل المحاولة**

١- تصرفات مضادة للمجتمع تتميز بالعراك والغضب والانفجارات العصبية.
٢- تغيير مفاجئ في الاتجاهات أو المواقف مثل التخلي عن ممتلكات في غاية الأهمية.
٣- إصابة جسدية أو أي مرض عضوي يسبب الضيق.
٤- التراجع المستمر في الأداء المدرسي.
٥- الاتجاه السلبي نحو التدخين والكحول واستخدام المخدرات.
٦- خسارة حديثة حادة مثل خسارة صديق حميم.
٧- مشكلة أو نزاع حديث مع احد الأهل أو المعلمين.
٨- الانتقال إلى مدرسة جديدة.
٩- زيارات حديثة إلى الأطباء بسبب أعراض أمراض جسدية.

الانتحار قبل سن المراهقة أقل منه عند المراهقين ولكنه موجود، وحسب إحدى الدراسات أن ٣٣ بالمائة من ملفات أطفال ما قبل سن المراهقة تضمنت أعراض انتحار، ولكنه من الصعب أن نفصل بين طفل انتحاري وحادث عابر لأن الأمرين غالباً ما يختلطان معاً.

لقد تم تشخيص حالات اكتئاب عند ٣٠ إلى ٧٠ بالمائة من المراهقين الذين يرتكبون الانتحار، ويعلم العديد من الأطباء أن بعض المراهقين يخفون إحباطاً عميقاً تحت قناع مبتسم. فعند مراقبتي يعاني من الاكتئاب الشديد والمزاجية المحبطة، فإن التحسن السريع في حالته ومزاجيته يزيد من فطورية إمكانية الانتحار.

كما أنه من الضروري أن نلاحظ أن عدداً لا يستهان به من المراهقين الذين يرتكبون الانتحار لا يعاني أي اضطراب عقلي أو عاطفي. والدافع للانتحار عند هؤلاء قد يكون الشعور المتزايد بالغضب مع رغبة بالانتقام، ألم نفسي شديد مع رغبة بالخلاص، أو اليأس بسبب خسارة شخص مميز.

إن الخطوة الأولى في عملية تقييم ومعرفة دوافع المنتحرين هي تحديد كل الأحداث التي تسبق العملية بـ ٤٨ ساعة. وغالباً عندما لا توجد ضغوطات اجتماعية - نفسية أو غيرها من الأسباب الواضحة الدافعة إلى هذا الفعل المدمر، يحتمل أن يكون الانتحار نتيجة مرض نفسي خطير.

الخطوة الثانية هي تحديد الخطورة وفقدان الأمل، ويوضح لنا **الجدول رقم (٣)** النقاط الهامة في هذا الموضوع

جدول رقم (٣) درجة الخطورة وفقدان الأمل عند المنتقمين

١- إمكانية حدوث عملية إنقاذ.
٢ - الاحتياطات المتخذة لتجنب الانكشاف.
٣- ترك رسالة انتحار.
٤ - سوابق انتحار في العائلة .
٥- تصرفات تشير إلى تفضيل الشخص للموت، كان يتخلى مثلاً عن أغلى ما يملك.
٦- اطلاع الآخرين على نية الانتحار قبل حدوثه.
٧- خطط الانتحار الشاملة والمعقدة.

العلام- يجب على الطبيب المختص أن يؤكد خطورة المرض النفسي الذي كان المراهق يعاني منه وان يشتد على دور الضغوطات العاطفية والنفسية والاجتماعية السابقة لمحاولة عملية الانتحار. ويجب تكوين ارتباط مع المراهق للعمل على مشاكل محددة في فترة محددة من الوقت.

هناك نماذج علاجية متعددة تم استخدامها لمعالجة المراهقين الانتحاريين، وسوف نذكر هنا بعض التوصيات الرئيسية بصورة مختصرة.

إن الاختصاصي ذات التجارب في معالجة مراهقين انتحاريين يركز بين أشياء

أخرى على مشاعر الغضب والغربة بين المراهق وعائلته، وهنا يجب أن يتم

البحث عن الأسباب التي منعت تفعيل أساليب التكيف والتأقلم التلقائي

بين المراهق والمجتمع والعائلة.

ويمكن السعي لتفهم مدركات المراهق الداخلية وصراعاته وطاقاته وحزنه وأعراضه النفسية، وقد تساهم المصادر الخارجية المتوفرة مثل العائلة وأعضاء الهيئة التعليمية في تطوير آلية استراتيجية لمنع الفعل. يحتاج المراهق للمساعدة في تطوير توافق بين مدركاته الداخلية والواقع الخارجي، وإفهامه أن هناك عدة حلول ممكنة لمشاكله.

ويحتاج المراهق إلى البوح بمشاعره وأفكاره لشخص يثق به، ويمكن أن يتعلم كيف يتحمل التقلبات المزاجية، ويمكن أن يكتب يومياته التي تتضمن تصوراتيه وشعوره. كما يجب أن يتجنب الوحدة والعزلة ويمارس الرياضة أو أي شيء آخر يسعده، ويمكن مساعدة المراهق كي لا يكون متشددًا بانتقاده لذاته وتذكيره بميزاته الجيدة عندما يكون محبطًا.

إن التواصل ورفع المعنويات والتدريب على إثبات الوجود تساعد المراهق في الاندماج بالمجتمع والشعور بالمكافأة نتيجة تجاوب اجتماعية مفيدة. إن الحلول الجيدة للمشاكل تقويه وترفع ثقته بنفسه مع مرور الزمن.

من الناحية العائلية يجب مراقبة تصرفات العائلة، ويجب على الأهل أن يفهموا أن القوانين السلطوية الصارمة لن تفيد لأن ما تنترس بداخل المراهق ليثور أكثر فيما بعد.

يجب على الأهل إظهار الحب والتقبل للمراهق، والتحدث معه عن مشاكله وصعوباته واقتراح المساعدة عليه. إن أي تهديد بقتل النفس من طفل أو مراهق يجب أن يؤخذ بجديسة مع طلب المساعدة من المختصين. إن أي خلل أو صراع عائلي، إذا وجد، يجب الإفصاح عنه ومعالجته بتطوير المهارات الكلامية والتشديد على الحلول المناسبة.

وإذا تمّ تشخيص مرض نفسي عند المراهق يجب اللجوء إلى الأدوية إذا لم ينفع كل ما ذكرناه سابقاً.

References

- Alvarez, A.:* The Savage God, Bantam Books, New York, 1973.
- American Psychiatric Association:* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- Applebaum, S.A.:* The problem-solving aspect of suicide. *Journal of Projective Technology*, 27, 209, 1963.
- Asche, S.S.:* Suicide and the Hidden Executioner, *International Review of Psychoanalysis*, 7:51-71, 1980.
- Bagley, C., & Greer, S.:* Clinical and social predictors of repeated attempted suicide: A multi-variate analysis. *British Journal of Psychiatry*, 119, 515-521, 1971.
- Barracough, B.M., & Pallis, D.J.:* Depression followed by suicide: A comparison of depressed suicide attempters with living depressives. *Psychological Medicine*, 5, 55-71, 1975.
- Basescu, S.:* The threat of suicide in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 19, 99, 1965.
- Beck, A.T., & Lester, D.:* Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *The Journal of Psychology*, 92, 35-38, 1976.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weisman, A.:* Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352, 1979.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weisman, A.:* Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149, 1975.
- Beck, A.T., Schuyler, D., & Herman, I.:* Development of suicidal intent scales. In A.T. Beck, H.L.P. Resnik, and D.J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*, Bowie, Md.: Charles Press, 1974.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J.:* An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571, 1961.
- Beck, A.T.:* Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333, 1963.
- Bedrosian, R.C. and Beck, A.T.:* Cognitive aspects of suicidal behavior. *Suicide and life threatening behavior*, 9, 87-96, 1979.
- Berlin, I.N.:* Crisis Intervention and Short-Term Therapy: An approach in a child psychiatric clinic. *J Am Acad Child Psychiatry* 9:595-606, 1970.
- Birtchnell, J.:* The relationship between attempted suicide, depression and parent death. *British Journal of Psychiatry*, 9, 87-96, 1979.

References

- Bostock, T., & Williams, C.L.*: Attempted suicide as an operant behavior. *Archives of General Psychiatry*, 31, 482-486, 1974.
- Brandt, R.B.*: The mortality and rationality of suicide. In S. Perlin (Ed.), *A handbook for the study of suicide*, New York: Oxford University Press, 1970.
- Breed, W.*: Suicide, migration, and race: A study of cases in New Orleans. *Journal of Social Issues*, 22, 30-40, 1966.
- Butcher, J.N., & Maudsl, G.R.*: Crisis intervention. In I.B. Weiner (Ed.), *Clinical methods of psychology*, New York: Wiley, 1976.
- Cain, A.C. (ed.)*: *Survivors of Suicide*, Charles C. Thomas, Springfield, 1972.
- Cantor, P.C.*: Personality characteristics found among youthful female suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 324-329, 1976.
- Carlson, G.A., Asarnow, J.R., Orbach, I.*: Developmental Aspects of Suicidal Behavior in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:186-192, 1987.
- Carlson, G.A.*: Depression and Suicidal Behavior in Children and Adolescents. In Cantwell DP, Carlson GA (eds): *Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update*. New York, Spectrum, pp 330-352, 1983.
- Cochrane, R., & Robertson, A.*: Stress in the lives of parasuicides. *Social Psychiatry*, 10, 161-171, 1970.
- Cohen, Michael, L., et al.*: Teenage Suicide, *Pediatrics*, 60:144-146, 1980.
- Crumley, F.E.*: Adolescent Suicide Attempts, *JAMA* 241:2404-2407, 1979.
- Despres, T.*: *The survivor*. New York: Oxford University Press, 1976.
- Diggory, J.C.*: Suicide and value. In H.L. Resnick (Ed.), *Suicidal behaviors*, Boston: Little, Brown, 1978.
- Dorpat, T.L., & Boswell, J.W.*: An evaluation of suintent in suicide attempts. *Comprehensive Psychiatry*, 4, 117-120, 1973.
- Dorpat, T.L., Anderson, W.F., Ripley, H.S.*: The Relationship of Physical Illness to Suicide in Suicidal Behaviors Diagnosis and Management, ed. Resnik, H.L.P., Little Brown and Co., Boston, 209-219, 1978.
- Douglas, J.D.*: *The social meaning of suicide*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1967.
- Dublin, L.I.*: *Suicide: A Sociological and Statistical Study*, Ronald Press Co., New York, 1963.
- Eisenberg, L.*: Adolescent suicide: on taking arms against a sea of troubles. *Pediatrics*. 310-320, 1980.
- Ettlinger, R.W.*: Evaluation of suicide prevention after attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Suppl. 260], 1970.

References

- Farberow, N., McKelligott, J., Cohn, S., & Darbonne, A.*: Suicide among cardiovascular patients. In E.S. Shneidman, N.L. Farberow, & R.E. Litman (Eds.), *The psychology of suicide*, New York: Science House, 1970.
- Farberow, N.L., & Mackinnon, D.*: Prediction of suicide in neuropsychiatric hospital patients. In C. Neuringer (Ed.), *Psychological assessment of suicidal risk*, Springfield, 111.: Thomas, 1974.
- Farberow, N.L., & McEvoy, J.L.*: Suicide among patients with diagnoses of anxiety reaction or depressive reaction in general medical and surgical hospitals. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 287-299, 1977.
- Farberow, N.L., & Shneidman, E.S. (Eds.)*: *The cry for help*. New York: McGraw-Hill, 1961.
- Farherow, N.L. (Ed.)*: *The Many Faces of Suicide*, McGraw-Hill, New York, 1980.
- Fox, K., & Weissman, M.*: Suicide attempts and drugs: Contradiction between method and intent. *Social Psychiatry*, 10, 31-38, 1970.
- Frankl, V.E.*: *From death-camp to existentialism*. Boston: Beacon, 1909.
- Freud, S.*: Mourning and Melancholia. In *Complete psychological Works*. Standard Ed. Vol 14. London, Hogarth Press, 1900.
- Furst, S.S., & Ostow, M.*: The psychodynamics of suicide. In L.G. Hankoff & B. Einsidler (Eds.), *Suicide: Theory and clinical aspects*, Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing, 1979.
- Garfinkel, B.D., Forese, A., Hood, J.*: Suicide Attempts in Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 139:1207-1211, 1982.
- Garfinkel, B.D., Golombek, H.*: Suicidal Behavioral in Adolescence. In Golombek H, Garfinkel BD (eds): *The Adolescent and Mood Disturbance*. New York, International Universities Press, pp 189-217, 1983.
- Green, A.H.*: Self-Destructive Behavior in Battered Children. *Am J Psychother* 130:579-582, 1978.
- Greer, S., & Bagley, C.*: Effect of psychiatric intervention in attempted suicide: A controlled study. *British Medical Journal*, 1, 310-312, 1971.
- Grollman, E.A.*: *Suicide prevention, intervention, postvention*. Boston: Beacon Press, 1971.
- Guze, S.B., & Robins, E.*: Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 117, 437-483, 1970.
- Hankoff, L.D., & Einsidler, B. (Eds.)*: *Suicide: Theory and clinical aspects*. Littleton, Mass: P.S.G. Publishing, 1979.
- Hendrin, H.*: Growing up dead: Student suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 24 (1), 327-338, 1970.

References

- Hodgson, R., & Rachman, S.I.*: Synchrony and dyssynchrony in fear and avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 12, 311-318, 1974.
- Hollinger, P.*: Adolescent suicide: Recent trends. *American Journal of Psychiatry*, 13, 704-706, 1978.
- Humphrey, J.A.*: Social loss: A comparison of suicide victims, homicide offenders and non-violent individuals. *Diseases of the Nervous System*, 38, 107-110, 1977.
- Jacobson, N.S.*: Increasing positive behavior in severely distressed marital relationships: The effects of problem-solving training. *Behavior Therapy*, 10, 311-326, 1979.
- Jeger, A.M.*: Behavior theories and their application. In L.D. Hankoff & B. Einsidler (Eds.), *Suicide: Theory and clinical aspects*. Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing, 1979.
- Kanfer, F.*: Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (2nd ed.), 334-389. New York: Pergamon, 1980.
- Kaplan, H.B., & Pokorny, A.D.*: Self-attitudes and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 6, 23-30, 1976.
- Kiev, A.*: Prognostic factors in attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 131, 987-990, 1974.
- Kiev, A.*: Psychotherapeutic strategies in the management of depressed and suicidal patients. *American Journal of Psychotherapy*, 29, 340-354, 1975.
- Klerman, G.L.*: *Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults*. Washington, American Psychiatric Press, 1986.
- Kovacs M., Beck, A.T., & Weissman, A.*: The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *American Journal of psychotherapy*, 29, 363-368, 1975.
- Kubler-Ross, E.*: *On death and dying*. New York: Macmillan, 1969.
- Ledwidge, B.*: Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 80, 303-370, 1978.
- Lesse, S.*: The range of therapies in the treatment of severely depressed suicidal patients. *American Journal of Psychotherapy*, 29, 308-326, 1975.
- Lester, D.*: Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. *Psychological bulletin*, 74, 1, 1970.
- Lester, D.*: Suicide as an aggressive act: A replication with a control for neuroticism. *Journal of General Psychology*, 79, 83-86, 1968.
- Levenson, M., & Neuringer, C.*: Problem-solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 433-436, 1971.

References

- Levi, D., Fales, C., Stein, M., & Sharp, V.*: Separation and attempted suicide. *Archives of General Psychiatry*, 10, 108-114, 1966.
- Linden, L.L., & Hale, B.E.*: Choice of suicidal methods: Availability of lethality. In R. Litman (Ed.), *Proceedings of the 16th International conference for suicide prevention*, Ann Arbor: Edwards Brothers, 1972.
- Linehan, M.M.*: Behavioral interviews. In J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology*, New York: Brunner/Mazel, 1977.
- Linehan, M.M.*: Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems. In P.C. Kendall & S.P. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*, New York: Academic, 1979.
- Linehan, M.M.*: Suicide and attempted suicide: A study of perceived sex differences. *Perceptual and Motor Skills*, 37, 31-34, 1973.
- Maltsberger, J.T., Buie, D.H.*: Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients, *Arch Gen Psychiat* 30, 620-633, 1974.
- Menninger, K.*: *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace, 1938.
- Menninger, M.A.*: *Man Against Himself*. New York, Harcourt, Brace, 1938.
- Menninger, M.A.*: Psychoanalytical Aspects of Suicide. *Int J Psychoanal* 14:376-390, 1933.
- Miller, I.W., & Norman, W.H.*: Learned helplessness in humans: A review and attribution theory model. *Psychological Bulletin*, 86, 93-118, 1979.
- Miller, W., & Seligman, M.*: Learned helplessness, depression and reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 14, 7-17, 1976.
- Murphy, G.*: Clinical Identification of Suicidal Risk. *Arch Gen. Psychiatry* 27:306-309, 1972.
- Murphy, G.E.*: The clinical identification of suicidal risk. In A.T. Beck, L.P. Resnik, & D.J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*, Bowie, Md.: Charles Press, 1974.
- Nelson, V.L., Nielsen, E.C., & Checketts, K.T.*: Interpersonal attitudes of suicidal individuals. *Psychological Reports*, 40, 983-989, 1977.
- Neuringer, C.*: Psychological assessment of suicide risk. Springfield, Ill.: Thomas, 1974. (a)
- Neuringer, C.*: Reactions to interpersonal crises in suicidal individuals. *Journal of General Psychology*, 71, 47-50, 1964. (a)
- Neuringer, C.*: Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 28, 54-58, 1964. (b)
- Patsiokas, A., Chum, G., & Luscomb, R.*: Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 478-484, 1979.

References

- Paykel, E.S., & Dineen, M.N.*: Suicide attempts following acute depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 103, 234-243, 1971.
- Paykel, E.S., Hallowell, C., Dressier, D.M., Shapiro, D.L., & Weissman, M.M.*: Treatment of suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 487-491, 1974, 31.
- Paykel, E.S.*: *Life stress*. In *L.D. Hankoff & B. Einsidler (Eds.)*: Suicide: Theory and clinical aspects, Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing, 1979.
- Petzel, S.V., Riddle, M.*: Adolescent suicide: psychological and cognitive aspects. In: *Adolescent Psychiatry*, SC Feinstein, JC Looney, AZ Schwartzberg, AD Sorosky (Eds). Chicago: University of Chicago Press, 1981.
- Pfeffer, C., Conte, H.R., Plutchik, et al.*: Suicidal Behavior in Latency Age Children. *J Am Acad Child Psychiatry* 18:679-692, 1979.
- Pfeffer, C.*: Suicidal Behavior fo Children: A Review With Implications for Research and Practice. *Am. J. Psychiatry*, 138: 2, February, 1981.
- Pfeffer, C.R., Conte, H.R., Plutchik, R. et al.*: Suicidal Behavior in Latency Aged Children: An Outpatient Population. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 19:703-710, 1980.
- Pfeffer, C.R., Newcorn, J., Kaplan, G., et al.*: Suicidal behavior in Adolescent Psychiatric Inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:307-311, 1988.
- Pfeffer, C.R., Plutchik, R., Mizruchi, M.S.*: Suicidal and Assaultive Behavior in Children: Classification, measurement, and interrelations. *Am J Psychiatry* 140:104-107, 1983.
- Pfeffer, C.R., Zuckerman, S., Plutchik, R., et al.*: Suicidal Behavior in Normal School Children: A comparison with child psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatry* 23:416-423, 1984.
- Pfeffer, C.R.*: Modalities of treatment for suicidal children: An overview of the literature on current practice. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 1984.
- Pfeffer, C.R.*: Suicidal Behavior of Children: A review with implications for research and practice. *Am J Psychiatry* 138:104-109, 1981.
- Pfeffer, C.R.*: *The Suicidal Child*. New York, Guilford Press, 1986.
- Pfeffer, C.R.*: *The Suicidal Child*. New York. Guilford Press, 1986.
- Pfeffer, C.R.*: *The Family System of Suicidal Children*. *Am J Psychother* 30:330-341, 1981.
- Piler, P.*: Eighteen hundred and seventeen cases of suicidal attempts: A preliminary statistical survey. *American Journal of Psychiatry*, 90, 97-110, 1938.

References

- Platt, J.J., & Spivack, B.*: Means of solving real-life problems: Psychiatric patients vs. controls and cross-cultural comparisons of normal females. *Journal of Community Psychology*, 2, 40-48, 1973.
- Pokorny, A.D.*: Myths about suicide. In H.L.P. Resnik (Ed.), *Suicide behaviors*, Boston: Little, Brown, 1978.
- Puig-Antich J.*: Clinical and treatment aspects of depression in childhood and adolescence. *Pediatric Annals*, 13(1):37-40, 1984.
- Resnik, H.L.P.*: *Suicide behaviors*. Boston: Little, Brown, 1978.
- Ringel, E.*: The Presuicidal Syndrome. *Suicide Life Threat Behav.* 6:131-149, 1976.
- Rosen, A.*: Detection of Suicidal Patients: An Example of Some Limitations in the Prediction of Infrequent Events, *J. Consult. Psychol.* 18:397-403, 1954.
- Rosenbaum, M., & Richman, J.*: Suicide: The role of hostility and death wishes from the family and significant others. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1602-1606, 1970.
- Sabbath, J.C.*: The Suicidal Adolescent-The Expendable Child, *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 8:272-289, 1979.
- Seale, A.L., & McNichol, R.W.*: Treatment of the suicidal patient: Community psychiatry approach. *Southern Medical Journal*, 68, 1109-1112, 1975.
- Seligman, M.*: *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman, 1970.
- Shaffer, D.*: Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatric*. 17:93, 1984.
- Shneidman, E.S., & Farberow, N.L.*: Statistical comparisons between attempted and committed suicides. In N.C. Farberow & E.S. Shneidman (Eds.), *The cry for help*, New York: McGraw-Hill, 1971.
- Sifneos, P.*: Manipulative suicide. *Psychiatric Quarterly*, 41, 525-537, 1976.
- Silver, M., Bohnert, M., Beck, A., & Marcus, D.*: Relation of depression to attempted suicide and seriousness of intent. *Archives of General Psychiatry*, 28, 573-576, 1971.
- Silverman, C.*: The epidemiology of depression - A review. *American Journal of Psychiatry*, 124, 883-891, 1978.
- Smith, K.*: Research-informed comments on the treatment of suicidal inpatients. *The Psychiatric Hospital*, 17(1), 21-25, 1980.
- Stengel, E., & Cook, N.*: *Attempted suicide*. London: Oxford University Press, 1958.
- Stengel, E.*: *Suicide and Attempted Suicide*, Penguin Book, Baltimore, Chapter 7, 1974.

References

- Stengel, E.*: Suicide and attempted suicide. Baltimore: Penguin, 1964.
- Stengel, E.*: The complexity of motivations to suicidal attempts. *Journal of Mental Science*, 106, 1388, 1960.
- Turk, D.*: Cognitive behavioral techniques in the management of pain. In J. Foreyt & D. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application*, New York: Plenum, 1978.
- Wekstein, L.*: handbook of Suicidology, Brunner/Mazel, New York, 1979.
- Wekstein, L.*: Handbook of suicidology. New York: Brunner/Mazel, 1979.
- Wolpe, J.*: Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 23, 437-446, 1978.
- Worden, J.W., & Sterling-Smith, R.S.*: Lethality patterns in multiple suicide attempts *Life-Threatening Behavior*, 3, 90-104, 1973.

تحدث أعراض المستيريا الموقّعة عادة لدى العديد من الأطفال خلال فترة النمو. وتشير المقارنة النسبية لهذه الأعراض إنها أعلى نسبة عند الإناث منها عند الذكور في مرحلة المراهقة المبكرة، وأكثر الأعراض شيوعاً هي أعراض عصبية خلل حسيّ أو خلل حركي أو داء الصرع الملقق Pseudo-Seizures، مرض في المعدة أو الأمعاء، وأمراض بولية وجلدية.

إن الطفل يتمتع عادة بنسبة طبيعية أو عالية من الذكاء IQ، وأي حدث مؤذٍ أو محزن أو ملوّع، أو أية خسارة تسبق غالباً انطلاق الأعراض التي كثيراً ما تتنوع وتتغير، ولا تتبع عادة نموذجاً أو مساراً يدل على مرض عضوي. **في معظم الأحيان لا نرى La Belle Indifference عند الأطفال كما عند الكبار.** وأكثر الحالات تكون مطلقة دون تأثير شديد على وظائف الطفل، لكن حالات كثيرة تكون مستعصية بحيث يظهر الطفل محبطاً ويعاني خلاً في وظائفه، وليس هناك من دليل على وجود مسببات وراثية أو بيو-كيميائية.

النظريات التعليمية أو المسببة لهذه الأعراض تركز على صراعات مكبوتة تظهر نفسها بشكل فيزيائي. Primary Gain أو الربح السيكولوجي الأساسي هو حلّ الصراعات بصورة لا واعية وخارج نطاق الإدراك. فالأعراض تعكس الرغبات الاواعية المرفوضة والدفاع عنها وعقابها، وتحولها إلى لغة جسدية فيزيولوجية.

Secondary Gain أو الربح السيكولوجي الثانوي يشير إلى الدور المريض Sick Role أي إلى احتياجات الاتكالية وتخفيف ما تتطلبه حالة العمل الطبيعية.

نظرية التعلم Learning Theory تشير إلى استخدام الأعراض الفيزيولوجية لحلّ مشاكل نفسية متناقلة داخل العائلة، فقد تكون الأعراض تقليداً لشخص مريض

جسدياً في العائلة. وربما تلعب العوامل الثقافية - الاجتماعية دوراً في تطوير أعراض محددة، بما أن **التعبير الشفوي المباشر للمشاعر العدائية قد يكون مكبوتاً أو ممنوعاً بينما تكون الأعراض الفيزيولوجية الجسدية أكثر قبولاً**

وقد يساهم الأطباء أحياناً بترسيخ أو إطالة الأعراض خلال سعيهم وبحثهم الدؤوب عن أسباب عضوية للمرض.

تتضمن مفاتيح التشخيص أعراضاً عصبية متنوعة من الخلل الحسي أو الحركي، وجود مرض نفسي عند الطفل أو أحد أفراد العائلة، وتحديد وجود ضغوط نفسية رئيسية. قد يكون من الصعوبة بمكان استثناء مرض عضوي بصورة قاطعة. ففي دراسة متابعة من ٣ إلى ١١ سنة تبين وجود خلل عصبي عضوي عند ١٧ بالمائة من الأطفال ذوي الأعراض. وفي حالات معينة من الانتهاك الجسدي أو **الجنسي للأطفال، ارتبطت الأعراض مع إصابات متزايدة وقلق شديد. كذلك فإن أعراض المستعيرين قد تشكل أعراضاً أولية لمالات الفصام Schizophrenia عند المراهقين.**

هنا نوحى بالاستقصاء الطبي المحدد بحيث يجب أن يكون الأفراد العاملين مع الطفل من ذوي الفطنة. **إن طمأنينة الطفل والعلاجات السيكولوجية Supportive Psychotherapy**، لها دور أساسي في تنمية الثقة بالنفس وإزالة الأعراض.

ومن المفيد أيضاً اللجوء إلى علاجات سلوكية Behavioral Therapy. وبعد اختفاء الأعراض يحتاج الطفل إلى تقييم سيكولوجي جديد هو وعائلته لاقتفاء أي أثر لمرض نفسي أو صراع ذات جذور متعمقة.

References

- Hodges, K., Kline, J.J., Barbero, G., & Ilanery, R.*: Life events occurring in families of children with recurrent abdominal pain. *J. Psychosomatic Responsible.*, 28:180-188, 1984.
- Hodges, K.*: Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. *J. Pediat.*, 107:622-626, 1985a.
- Horowitz, M.J.(Ed)*: Structure and the Process of Change, Hysterical Personality. *J. Aronson*. New York, pp. 329-399. Ch 6, 1977.
- Hughes, M.C.*: Recurrent abdominal pain and child depression: Clinical observations of 22 children and their families. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 54:146-155, 1984.
- King, D.S.*: Can Allergic Exposure Provoke Psychological Symptoms? A double blind test. *J. Allergy*, 2:3-19, 1980.
- Lennard-Jones, J.E.*: Functional gastrointestinal disorders. *New Eng. J. Med.*, 308:431-435, 1983.
- McGrath, P.J., Goodman, J., Firestone, P., Shipman, R., & Peters, S.*: Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? *Arch. Dis. Child.*, 58:888-890, 1983.
- Nicol, A.R.*: Psychogenic abdominal pain in childhood. *Brit. J. Hosp. Med.*, 27:301-303, 1982.
- Proctor, J.I.*: Hysteria in Childhood. *Am. J. Orthopsychiatry* 28:394-407, 1958.
- Rivinus, T.M., Jamison, D.L., and Graham, P.*: Childhood Organic Neurological Disease Presenting as Psychiatric Disorder. *Arch. Dis. Child*, 55:110-119, 1975.
- Rock, N.L.*: Conversion Reactions in Childhood: A clinical study on childhood neurosis. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 10:60-93, 1971.
- Zeigler, D.K.*: Neurological Disease and Hysteria, The Differential Diagnosis. *Int. J. Neuropsychiatry* 3:388-396, 1977.
- Zetzel, Elizabeth.*: The So-called Good Hysteric. *Int. J. Psychoanalysis*, 49:206-260, 1968.

للطلاق تأثير سلبي على الأطفال، فبينما يكون الأهل منمكنين أو مرتاحين للطلاق يكون الأطفال مرتعبين باستمرار أو مرتبكين بسبب ما يهدد شعورهم بالأمان. ويعيش الأول قدرات ناقصة ومتناقضة للعناية بأطفالهم خلال الفترة الحادة لعملية الطلاق ثم لمرحلة تمتد حتى السنتين بعد فسخ الزواج.

بما أن الطلاق عادة نتيجة سلسلة طويلة من الصراع وعدم التوافق بين الزوجين، لا يمكن ربط ردة الفعل النفسية عند الطفل فقط بالمرحلة الأخيرة المتعلقة بانحلال المنزل.

تتطلب معرفة تأثير الطلاق على الأطفال دراسة مفصلة لنمو الطفل الطبيعي، العلاقة بين الطفل والاهل، علاقة بكل من الوالدين، وتأثير الغضب والصراعات المطولة على الأطفال. ردة الفعل الفورية للأطفال تجاه الطلاق قد تكون الحزن أو التلوع لخسارة الجو العائلي الصحيح، القلق والشعور بالذنب بسبب دورهم الخاص في إفشال الزواج، الخجل والانزعاج بين اصحابهم، والقلق الذي يحيط بمستقبلهم. كذلك يظهر أطفال المطلقين قدرات اقل ويعانون صعوبة أكيدة في التعلم بالمقارنة مع رفاقهم الذين يعيشون حياة متكاملة.

تظهر الدراسات انه إذا استمرت العلاقة المتوترة بين الأهل بعد الطلاق، يظهر الأطفال الدرجة القصوى من عدم التكيف والاضطراب.

تختلف ردات الفعل للأطفال تجاه الطلاق حسب المرحلة النمائية للطفل، فالرضع والأطفال الصغار يصبحون قابليين للتهيج Irritable ويظهرون تصرفات سلبية ترجعهم إلى مرحلة سابقة من النمو كالتبول الإرادي والإحباط.

أما الأطفال في أوائل سن الدراسة فتزيد لديهم عقدة الذنب، ويدفعهم شعورهم بالقدرة الكاملة بمركزية الذات والـ Omnipotence إلى الاعتقاد بأنهم هم سبب الطلاق. خلال سنوات الدراسة يصبح الصبيان عدوانيين ويتراجع الأداء المدرسي عند الصبيان والبنات.

عند المراهقين قد يؤدي الطلاق إلى تسريع النمو فيبحث المراهق عن يكبرونه سناً لإقامة العلاقات وتطوير الإحساس بالاستقلالية الذاتية. من جهة أخرى قد يتراجع بعض المراهقين فيصبحون محبطين ويعيشون حالة من الغضب الشديد. ويظهر **الجدول رقم (١)** مختصراً لتأثير الطلاق على الأطفال والأولاد والمراهقين.

تأثيرات الطلاق على الأطفال

جدول رقم (١)

السن	ردات الفعل تجاه الطلاق
١- ما قبل سن المدرسة، من ٣ إلى ٥ سنوات.	تخيلات حول الخوف من الهجر أو التخلي، مشاكل في النوم، التوق إلى من رحل من الأبوين، العدائية، القلق، التراجع، وكثرة المتطلبات. والصبيان أكثر عرضة لهذه التأثيرات من البنات.
٢- سن الدراسة المبكرة، من ٥ إلى ٨ سنوات.	حزن واضح، شعور بالقلق وشوق إلى من رحل من الأبوين، تخيلات بالاستبدال، الاعتقاد بأن الطلاق لن يدوم طويلاً، تراجع في الأداء المدرسي. كذلك الصبيان أكثر عرضة لهذه التأثيرات من البنات.

تنمية جدول رقم (١)

تأثيرات الطلاق على الأطفال

السن	ردات الفعل تجاه الطلاق
٣- سن الدراسة المتوسطة، من ٨ إلى ٢١ سنة.	غضب شديد تجاه كلا أو أحد الوالدين لأنه سبب الطلاق، الحزن لخسارة الجو العائلي المتكامل، مشاعر محبطة بفقدان القدرة على الحل، شعور بالقلق والوحدة، النظر إلى أحد الوالدين وكأنه "جيد" والآخر وكأنه "سيئ"، مشاكل مع الأصحاب، تناقض في الأداء المدرسي، ميل شديد للمباشرة بدور المساعد والمتعاطف في العناية مع المحتاج من الأبوين. الصبيان أكثر عرضة من البنات.
٤- المراهقين من ١٢ إلى ١٨ سنة.	إحباط حاد، تفكير بالانتحار، عدائية وغضب، هجومات عنيفة ضد من يأخذ حق الوصاية، غضب وانفعال شديد، محاكمة أخلاقية ضد تصرف أحد أو كلا الوالدين، الوقوف إلى جانب أحد الوالدين ضد الآخر، قلق متزايد من النمو إلى شخص راشد، قدرة متزايدة على النضوج والاستقلالية في التعامل مع المشكلة العائلية. تعاني الفتيات المراهقات أكثر عنفاً وصراعات أكثر مع الأصحاب مقارنة مع الصبيان.

يجب النظر إلى ردات الفعل على الطلاق أيضاً لجهة التأثير على المدى الطويل بما يختص بالنمو والتكيف النفسي للطفل. فالطلاق يضيف عبئاً جوهرياً في جميع الأعمار على الأطفال الذين يكون مهم الأساسي حتى بلوغ سن ١٨ مناقشة واجتياز المواجه في طريق تطوره ونموهم العاطفي الصحيح.

لقد ثبتت في إحصاءات حديثة رذات الفعل التالية التي يظهرها **بالمختصار الجدول رقم (٢)** بين أطفال المطلقين بعد مضي ١٠ سنوات على فسخ الزواج:

جدول رقم (٢) ردة فعل الأطفال بعد ١٠ سنوات من فسخ الزواج

السن	ردة الفعل على الطلاق
١- ما قبل سن المدرسة، من ٣ إلى ٥ سنوات.	ذكرى بسيطة أو لا ذكرى على الإطلاق على الصراخ الزوجي السابق، بعد مرور ١٠ سنوات.
٢- سن الدراسة المبكرة، من ٥ إلى ٨ سنوات.	يحمل إحساساً بالحرمان وكان طفولته وحياته ترعرعت تحت غيمة سوداء، الطلاق، شوق متزايد من تكرار تجربة الأهل الفاشلة في الزواج، خوف متزايد عند الإناث من الخيانة في الحب والزواج، خوف متزايد عند الإناث من الارتباط بأية علاقة، عدد لا بأس به يعاني إحباطاً متوسطاً أو شديداً، عدد لا بأس به يظهر مستوى دراسياً أدنى من اقترانه العاديين، الأطفال تحت وصاية أحد الأبوين من نفس جنسهم (ذكر أو أنثى) يظهرون نضوجاً أكبر وتصرفات أخف انفعالاً.
٣- سن الدراسة المتوسطة، من ٨ إلى ١٢ سنة.	
٤- المراهقة، من ١٢ إلى ١٨ سنة.	

من المهم للأهل خلال عملية الطلاق ولفترة طويلة بعد حدوثه، أن يلاحظوا استمرار أهمية القصوى في حياة أطفالهم. فالطفل يحتاج إلى التأكيد دائماً بأن الأم والأب سوف يبقيان أمه وأبوه، حتى ولو انتهى الزواج ولم يعد الأب، والأم يعيشان معاً تحت سقف واحد.

References

- Andrew, J. Cherlin, Frank, F. Furstenberg, Jr., P. Lindsey ChaseLansdale, et al.*: Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science*, 202:1386-1389 (June 7, 1991).
- Bane, M.J.*: Marital Disruption and the Lives of Children. *J Soc. Iss.*, 32:103-117, 1976.
- Bloom, B.L., White, S.W., and Asher, S.J.*: Marital Disruption as a Stressful Life Event. In Levinger, G., and Moles, O.C. (eds): *Divorce and Separation: Context, Causes, and Consequences*. New York, Basic Books, 1979.
- Caplan, G.*: *Emotional Problems of Early Childhood*. New York, Basic Books, 1966.
- Derdeyn, A.P.*: Child Custody Contests in Historical Perspective. *Am. J. Psychiatry*, 133:1369-1376, 1976.
- Emery, R.E., and O'Leary, K.D.*: Children's Perceptions of Marital Discord and Behavior Problems of Boys and Girls. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 10:11-24, 1982.
- Emery, R.E.*: Interparental Conflict and Children of Discord and Divorce. *Psychol. Bull.*, 92:310-330, 1982.
- Gardner, R.A.*: *Family Evaluation in Child Custody Litigation*. Cresskill, New Jersey, Creative Therapeutics, 1982.
- Gardner, R.A.*: *Psychotherapy and Children of Divorce*. New York, Jason Aronson, 1976.
- Goldstein, J., Freud, A., and Solnit, A.*: *Beyond the Best Interests of the Child*. New York, Free Press, 1973.
- Group for the Advancement of Psychiatry*: *Divorce, Child Custody and the Family*. New York, Mental Health Materials Center, 1980.
- Guidubaldi, J., and Perry, J.D.*: Divorce, Socioeconomic Status, and Children's Cognitive Social Competence at School Entry. *Am. J. Orthopsychiatry*, 54:409-418, 1984.
- Haynes, J.*: *Divorce Mediation*. New York, Springer Publishing Compulsions, 1981.
- Hetherington, E., Cox, M., and Cox, R.*: The Aftermath of Divorce. In Stevens, H., and Mathews, M. (eds.): *Mother-Child Relations*. Washington, D.C., National Association for Education of Young Children, 1978.
- Hetherington, E.*: Divorce: A Child's Perspective. *Am. Psychol.*, 34:801-808, 1979.
- Jacobson, D.S.*: The Impact of Marital Separation/Divorce on Children: II. Interparental hostility and child adjustment. *J. Div.*, 2:3-20, 1978.
- Kelly, J.B., and Wallerstein, J.S.*: The Effects of Parental Divorce: Experiences of the child in early latency. *Am. J. Orthopsychiatry*, 46:20-32, 1976.

References

- Kelly, J.B., Wallerstein, J.S.:* Part-Time Parent, Part-Time Child: Visiting after divorce. *J. Clin. Child Psychol.* 6:51-55, 1977.
- Lindermann, E.:* Symptomatology and Management of Acute Grief. *Am. J. Psychiatry*, 111:141-148, 1954.
- Rutter, M.:* Sex Differences in Children's Response to Family Stress. In Anthony, E.J. and Koupernik, C. (eds.): *The Child in His Family*. New York, John Wiley and Sons, 1970.
- Santrock, J.W., and Warshak, R.A.:* Father Custody and Social Development in Boys and Girls. *J. Soc. Iss.*, 35:112-120, 1979.
- Solow, R.A., and Adams, P.L.:* Cuby Agreement: Child psychiatrist as child advocate. *J. Psychiatry Law*, 5:77-100, 1977.
- Springer, C., and Wallerstein, J.A.:* Young Adolescent's Responses to Their Parents' Divorces. In Kurdek, L.A. (ed.): *Children and Divorce*. San Francisco, Jossey-Bass, 1983.
- Tessman, L.H.:* Children of Parting Parents. New York, Jason Aronson, 1977.
- Tooley, K.:* Antisocial Behavior and Social alienation Post Divorce: The "man of the house" and his mother. *Am. J. Orthopsychiatry*, 46:33-42, 1976.
- Wallerstein, J.:* Children of Divorce: Preliminary Report of a 10-Year Follow-Up of Young Children. *Am. J. Orthopsychiatry*, 54:444-458, 1984.
- Wallerstein, J.:* Children of Divorce: Preliminary Report of a 10-Year Follow-Up. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, in Press, 1985.
- Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.:* Effects of Divorce on the Father-Child Relationship. *Am. J. Psychiatry*, 137:1034-1039, 1980.
- Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.:* The Effects of Parental Divorce: The Adolescent Experience. In Anthony, E.J., and Koupernik, C. (eds.): *The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk*. Vol. 3. New York, John Wiley and Sons, 1974.
- Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.:* The Effects of Parental Divorce: The experiences of the preschool child. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 14:600-616, 1975.
- Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.:* The Effects of Parental Divorce: Experiences of the child in later latency. *Am. J. Orthopsychiatry*, 46:206-269, 1976.
- Wallerstein, J.S.:* Children of Divorce: The Psychological Tasks of the Child. *Am. J. Orthopsychiatry*, 53:230-243, 1983.
- Wallerstein, J.S.:* Parent-Child Relationships Following Divorce. In Anthony, E.J., and Pollock, G. (eds.): *Parental Influences in Health and Disease*. Boston, Little, Brown and Co, in Press, 1985.
- Wallerstein, J.S.:* Responses of the Pre-School Child to Divorce: Those who cope. In McMillan, M.F., and Henao, S. (eds.): *Child Psychiatry: Treatment and Research*. New York, Brunner/Mazel, 1977.

الفصل ٢٥ أعراض الانتهاك أو الاعتداء الجنسي عند الأطفال

إن عدد حالات الانتهاك الجنسي للأطفال هو على الأقل ١٠ أضعاف الحالات المبلغ عنها أينما كان في العالم. فالأطفال يخافون كثيراً التبليغ عما يحصل لهم، كما أن الإجراءات القانونية التي تثبت الانتهاك الجنسي للطفل بالغة الصعوبة إن لم تكن مستحيلة.

والانتهاك ممكن أن يحدث ضمن العائلة من أحد الأبوين، أو زوج الام أو زوجة الأب، من الاخوة الكبار أو غيرهم من الأقارب، ويمكن أن يأتي من خارج العائلة من صديق أو جار أو مربى أو معلم أو أي شخص عشوائياً. ولكن نسبة مئوية قليلة من الانتهاك الجنسي يقوم بها الغرباء. **إن الدوافع الثقافية الاجتماعية**

الكاملة وراء الانتهاك الجنسي متعددة، وقد تتضمن:

- ١- ميل الذكور لتحويل كل احتياجاتهم العاطفية إلى ناحية جنسية.
- ٢- التحمل الاجتماعي للانحرافات التي ترتكب عندما يكون الشخص مخموراً.
- ٣- عقوبات خفيفة ضد المعتدين.
- ٤- دعارة الأطفال.
- ٥- عدم قدرة الذكور على التنبه لحاجات الأطفال.
- ٦- **المواجز الاجتماعية ضد مساواة المرأة.**
- ٧- **أيديولوجية قدسية العائلة.**
- ٨- **عدم توفر الثقافة الجنسية للأطفال.**
- ٩- ضعف الأطفال في مواجهة المجتمع.

إن الظروف العائلية الكاملة التي تعتبر مافزاً أو عوامل خطيرة

لانتهاك الجنسي لجدها مدرجة في الجدول رقم (١).

جدول رقم (١) عوامل عائلية محفزة للانتهاك الجنسي للأطفال

١- طفل ذات أم غير موجودة أو غائبة بسبب مرض أو إعاقة أو وظيفة خارج المنزل.
٢- أم شديدة الوقائية تجاه الطفل أو بعيدة عنه كلياً.
٣- الأم المستسلمة التي ينتهكها الأب أو يسيطر عليها.
٤- إذا توفي أو غاب أحد الوالدين لفترة طويلة.
٥- إذا كان الزواج تعيساً أو كثير المشاكل.
٦- إذا كانت العلاقة بين العائلة صارمة، غير واضحة، غير مبشرة أو غير صادقة.
٧- إذا كانت علاقة الطفل سيئة مع الأهل أو إذا أخضع لعقوبات شديدة القسوة.
٨- نقص الرقابة على الطفل من أفراد الأسرة أو الفرصة للمعتدي كي يبقى وحيداً معه.
٩- العزلة الاجتماعية أو العاطفية أو الجغرافية للعائلة.
١٠- إدمان الكحول في العائلة.
١١- ظروف منامة أو مساكنة غير عادية أو ازدحام عددي كبير.
١٢- تصرفات اغرائية أو جنسية عند الأطفال.

ما يمكن أن يكشفه الفحص الطبي من الدلائل الجسدية والفيزيولوجية على الانتهاك الجنسي يتضمن الجروح أو النزيف في المخرج أو المهبل، التورم في الفرج أو المنطقة بين الشرج والفرج (العجان)، مرض الزهري، الأم أو الحكاك في منطقة المهبل أو المخرج والأم أو جروح في الحنجرة وفي جميع الأحوال يجب الإشارة إلى أن الغالبية الساحقة من حالات الانتهاك الجنسي للأطفال لا يوجد فيها دلائل جسدية تعتبر دليلاً واضحاً خلال الفحص الطبي الفيزيولوجي. لكن هناك دلائل مربية، سلوكية وشفاهية، تتضمن أقوالاً وتعابير يقولها الطفل مثل: "أشعر بالحم عند دخول المرحاض"، "لا أريد البقاء وحيداً في البيت مع زوج أمي"، "لا أحب أبي، زوج أمي، صديقي أو قريبتي". وقد يصريح الطفل مباشرة عن الانتهاك الجنسي كأن يقول: "لدي صديق قام بـ ... " ثم يسترسل شارحاً تفاصيل التجربة الجنسية.

الدلائل السلوكية للاعتداء الجنسي على الطفل متعددة وقد نلاحظ فيما تغييراً مفاجئاً في مستوى فاعلية الطفل من جيد أو سيئ إلى أسوأ. وندرجها في الجدول رقم (٢).

جدول رقم (٢) أعراض سلوكية للانتهاك الجنسي عند الأطفال

١- تصرفات انفعالية، معرفة جنسية متطورة أكثر من عمر الطفل. الجنوم.
٢- مداعبات جنسية متكررة وغير مناسبة مع الأصحاب أو الألعاب. أو خوف بأن شيء غير طبيعي سيحدث لهم في أعضائهم الجنسية.
٣- مظاهر اعتداءات جنسية تبدو في الرسوم والألعاب مع تكرار رسم الأشخاص مع أعضائهم التناسلية.
٤- نشاط فائض، انفعال، وتركيز سيئ في المدرسة. مشاكل في النوم، كوابيس.

تنمة جدول رقم (٢) أعراض سلوكية للإنتهاك الجنسي عند الأطفال

٥- التغييب ورفض الذهاب إلى المدرسة.
٦- إظهار تصرفات متطرفة - أداة كمثل عدوانية مفاجئة وغير عادية، أو انزواء عن الأصدقاء والعائلة.
٧- الهروب من البيت وطلب النوم خارج المنزل بشكل متكرر.
٨- الاستحمام بشكل متكرر وخصوصاً بعد رؤية شخص محدد، أو خوف غير عادي من الاستحمام.
٩- الانتهاك الجنسي لطفل آخر.
١٠- الابتعاد عن النشاط الاجتماعي والأصدقاء الحميمين، التقهقر النفسي إلى مرحلة سابقة من النمو، والتراجع المفاجئ في الأداء المدرسي.
١١- نوم متقطع واستيقاظ متكرر مع صراخ خلال الليل.
١٢- تصرفات غريبة والشعور بالتنشويه الجسدي، أو تعابير تدل على أن أجسادهم قوية أو مشوهة أو ملطخة بالدماء. التفكير أو محاولة الانتحار.
١٣- شكوى جسدية متكررة وأعراض نفسية مرضية، مثل ألم في المعدة، ألم في منطقة المهبيل، وتبول لا إرادي.
١٤- فقدان الثقة، خصوصاً مع أشخاص مهمين في حياة الطفل. السرية وعدم البوم بما حدث ويحدث لهم.
١٥- عدم تقدير للذات وأعراض إحباط مرضي أو كآبة نفسية، أو قلق يشبه حالات الرعب.

لقد عرفت الدراسات الحديثة خصائص معينة مشتركة بين المعتدين الذكور الذين يقومون بالانتهاك الجنسي ضد الأطفال. هذه الخصائص يظهرها لنا الجدول رقم (٣).

الجدول رقم (٣) خصائص المعتدين الذكور

١- عدم القدرة على ضبط النفس.
٢- قدرة متدنية على تحمل الفشل.
٣- التراجع النفسي، أو عدم النضج الجنسي والعاطفي.
٤- الحاجة إلى مكافأة فورية.
٥- استخدام سيئ للكمول أو المفدرات.
٦- الاتكالية الشديدة والغير مشبعة.
٧- تعبير العواطف بصورة عدائية أو استسلامية، غضب، فشل، خوف من النقص.
٨- قوة ذاتية منخفضة وتقدير ذاتي منخفض يتم التعويض عنه بالانتهاك الجنسي للأطفال.
٩- الرضوخ والشعور بفقدان القدرة خارج المنزل.
١٠- إنكار وعقلنة الأفعال، إسقاط اللوم عن الذات وتوجيهه نحو الغير.
١١- التحويل والتلاعب بالعقول.
١٢- توقف أو خطأ في عمل الأنا Super - ego operation - العليا، أي غياب الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير.

أحياناً يبقى أشخاص يعرفون أو يشكون بحدوث انتهاك جنسي لطفل صامتين، وقد أظهرت الأبحاث الأخيرة خصائص معينة لهؤلاء يتضمنها الجدول رقم (٤).

خصائص العارفين الصامتين

جدول رقم (٤)

١- الشعور بالنقص كزوجة أو أم.
٢- عدم القدرة على تحمل المسؤولية والتعامل مع المشكلة اليومية.
٣- عدم اللضم العاطفي بمع سلوك طفولي.
٤- الرضوخ وعدم تقدير الذات.
٥- ماجات انتكالية غير مشبعة.
٦- تزايد الخوف والشعور بالذنب.
٧- إنكار الواقع كآلية دفاعية سيكولوجية.
٨- خلل في الوظائف الجنسية.

الضحايا الأطفال أيضاً لديهم خصائص مشتركة قد تتضمن الشعور العاطفي بعدم الأمان، توقف النمو العاطفي، انطوائية ونقص في المهارات الاجتماعية، تقدير منخفض للذات، شعور بالذنب ولوم داخلي، ومشاعر متناقضة تجاه الأهل.

بحسب مختص ٧٠٪ من الأطفال المعتدى عليهم خللاً أو اضطراباً نفسياً يتضمن سلوكاً غير متزن مع عدائية متزايدة، القلق والتفكير اضطراب الضيق بعد الفاجعة P-T-S-D، الإحباط واضطراب النقص في التركيز وازدياد الحركة.

لقد تمّ في الإحصاءات المؤخرة تعريف ٤ خصائص كعوامل شديدة الأذى والخطورة للأطفال المعتدى عليهم، هذه الخصائص هي:

١- ميل جنسية تقود إلى نشاط جنسي سابق لأوانه، التباس حول دور النوع (ذكر أم أنثى)، وهوية جنسية مشوشة.

٢- إحساس بالخيانة يقود إلى فقدان شامل للثقة، غضب متزايد وعدوانية تجاه الآخرين.

٣- شعور بفقدان السيطرة والقدرة، يقود إلى الخوف وردود الفعل القلقة.

٤- حمل وصمة عار وشعور بالتأذي يقود إلى الإحساس بالذنب والفجل وانخفاض تقدير الذات.

إن الأطفال المعتدى عليهم يعانون صعوبة في إقامة العلاقات مع الآخرين إلا على صعيد جنسي، وبعضهم يصبح فيما بعد منتهكاً للأطفال أو يعمل في الدعارة.

أولئك الذين يصبحون منتهكين للأطفال يتمثلون بأهلهم وينكرون أهمية الانتهاك الذي تعرضوا له، كما ينكرون أيضاً الاعتقار والغضب والفجل الذي شعروا به سابقاً.

بعض الرجال الذين تعرضوا للانتهاك أطفالاً يحملون غضبهم للإيقاع بضحايا جدد بينما بعض النساء يكررن تجارب أمهاتهم ويخضعن لرجل مستغل. وقد ظهر في إحدى الدراسات الحديثة إن ٧٠% بالمائة من الأمهات اللواتي تعرضن للانتهاك

جنسي في طفولتهن كن ينتهكن أطفالهن بطريقة ما. وفي النهاية يعاني الرجال والنساء الذين تعرضوا لانتهاك جنسي خلال الطفولة من مزاجية متقلبة، ملل مزمن، انفعالية، إحباط وتفكير متكرر بالانتحار. لانهم يعيشون حياتهم دون ثقة بعلاقاتهم أو مهنتهم أو قيمتهم أو هويتهم الجنسية.

قد يحتاج الانتهاك الجنسي المطول لسنوات من العلاج النفسي من مختلف الأنواع، ومجموعات المساعدة الذاتية ذات فائدة قصوى في هذا المجال بما أن الناجين بحياتهم يشعرون بأنهم ليسوا وحدهم وان لديهم الفرصة لمشاركة تجاربهم المريعة مع آخرين تمكنوا من النجاة بتحرير أنفسهم من كوابيسهم المريعة. وعندما يكون الطفل في فترة العلاج يجب أبعاد المتهم بالاعتداء عن المنزل، وقد يسمح أو لا يسمح له بالزيارة تحت المراقبة.

العلاج العائلي يجب أن يكون داعماً ويناقش مواضيع الحقد والشعور بالذنب تجاه المعتدي، ويسعى إلى إعادة اللحمة مع المعتدي فيما بعد إذا أمكن.

من الضروري جداً استشارة أخصائيين في معرفة وعلاج الانتهاك الجنسي، لأن هؤلاء سوف يقررون كيف كان اثر الاعتداء على الضحية وكيف يبدعون بما هو أهم للتعامل مع الحدث.

References

- Aarens, M., Cameron, T., Roisen, J., et al.: Alcohol and family abuse, in Alcohol Casualties and Crime, Berkeley, California, Social Research Group, pp. 527-541, 1978.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.: Manual for the Child behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.
- Adele Mayer: Incest: A Treatment Manual for Therapy with Victims, Spouses and Offenders. Learning Publications, 1983.
- Adele Mayer: Sexual Abuse—Causes, Consequences and Treatment of Incestuous and Pedophilic Acts; Learning Publications, 1980.
- Anderson, S.C., Bach, C.M., & Griffith, S.: Psychosocial Sequelae in Interfamilial Victims of Sexual Assault and Abuse. Paper presented at the Third International Conference on Child Abuse and Neglect, Amsterdam, The Netherlands, 1981.
- Arthur, Green, M.D., and Brandt, F., Steele, M.D.: Parental Dysfunction and Child Abuse. Understanding Human Behavior in Health and Illness, 3rd Edition, edited by Richard C. Simons. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.
- Bagley, C., Ramsey, R.: Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work. Social Work in Human Sexuality 1:33-48, 1986.
- Beverly James and Maria Masjleti: Treating Sexually Abused Children and Their Families, Consulting Psychologists Press, Inc., 1983.
- Bowlby, J.: Attachment and Loss. Vol. III: Sadness and Depression. Basic Books. New York, 1980.
- Bowlby, J.: On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel. Canad. J. Psychiat. 24:403-408, 1979.
- Braun, B.G.: Symposium on Multiple Personality. Psychiat. Clin. N.A. 7(1), 1984.
- Burgess, A.W., & Holstrom, L.L.: Adaptive Strategies and Recovery from Rape. American Journal of Psychiatry. 136: 1278-1282, 1979.
- Burgess, A.W., & Holmstrom, L.L.: The Rape Trauma Syndrome. American Journal of Psychiatry 131:981-986, 1974.
- Conte, J.R. and Shore, D.A. (Eds.): Social Work and Child Sexual Abuse. New York: Haworth Press, 1982.
- Finkelhor, D., Baron, L.: Risk factors for childhood sexual abuse: A review of the evidence, in Finkelhor D: Sourcebook on Child Sexual Abuse. Beverly Hills, California, Sage, pp. 70-88, 1986.
- Finkelhor, D., Russell, DEH: Women as perpetrators: Review of the evidence, in Finkelhor D: Child Sexual Abuse: New Research and Theory. New York. Free Press, pp. 171-187, 1984.

References

- Finkelhor, David*: Child Sexual Abuse. New York: The Free Press, 1984.
- Freud, K.*: Erotic preference in pedophilia. *Behav Responsible Ther* 5:209-228, 1967.
- Gebhard, P., Gagnon, J., Pomeroy, W., et al.*: Sex Offenders: An Analysis of Types. New York, Harper & Row, 1965.
- Gelinas, D.J.*: The persisting negative effects of incest. *Psychiatry* 46:312-332, 1983.
- Green, A.H.*: Child abuse: dimensions of psychological trauma in abused children. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 22:231-237, 1983.
- Greer, Joanne, G. and Irving, R. (Eds.)*: The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment. New York: Van Nostrand Reinhold Co., 1982.
- Herman, J.*: Father-daughter incest. Cambridge, MA: Harvard University, 1981.
- Holmstrom, L.L. & Burgess, A.W.*: The Victim of Rape. New York: Wiley-Interscience. 1979.
- Howells, K.*: Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of etiology, in Cook M. Howells K (eds): Adult Sexual Interest in Children. New York, Academic Press, pp. 55-94, 1981.
- James, Beverly and Nasjleti, Maria*: Treating Sexually Abused Children and Their Families. Palo Alto, CA: Psychologists Press, Inc. 1984.
- Jeffrey, J., Haugaard and N. Dickon Reppucci*: The Sexual Abuse of Children. San Francisco: Jossey-Bass, 1989.
- Judith, Lewis herman*: Trauma and Recovery. New York: Basic Books, 1992.
- Kafka, J.S.*: The Concept, the syndrome, the patient. Book Review. In P. Hartocollis (Ed.). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29,236-247, 1981.
- Kohlberg, L.*: The Philosophy of Moral Development. Vol. 1. Harper and Row. San Francisco, 1981.
- Kohn, A.*: Shattered innocence. *Psychology Today*, pp. 54, 56, 1987, February.
- Kovacs, M.*: The Children's Depression Inventory: A Self-rated depression scale for school-aged youngsters. Unpublished manuscript. 1983.
- Leonard Shengold, M.D.*: Soul Murder: A Review. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. Volume 3 Number 3, 1974.
- Linda, T., Sanford*: Strong at the Broken Places: Overcoming the Trauma of Childhood Abuse. New York: Random House, 1990.

References

- Mahler, M.S. and Kaplan, L.*: Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so called borderline personalities. In P. Hartocollis (Ed.), op. Cit. New York: International University Press, 71-80, 1977.
- McCahill, T.W., Meyer, L.C. & Fishman, A.M.*: The Aftermath of Rape. Lexington, Mass. Health & Co. 1979.
- Miller, A.*: Thou Shalt Not Be Aware: Society's Betrayal of the Child. Farrar, Straus & Giroux, New York, 1981.
- Quinsey, VL*: Men who have sex with children, in Weisstub D (ed): Law and Mental Health: International Perspectives. New York, Pergamon vol. 7, pp 141-172, 1986.
- R.D. Krugman*: Recognition of Sexual Abuse in Children; Pediatrics in Review, 8:1; 1986.
- Richard, P. Kluf (ed.)*: Treatment of victims of sexual abuse. Psychiatric Clinics of North America, 12:237-501 (June 1989).
- Roland Summit*: The Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome, "Child Abuse and Neglect, 7:117-193, 1983.
- Russell, D.*: The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children. Child Abuse and Neglect. 7:133-146, 1983.
- Russell, DEH*: The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women. New York, Basic Books, 1986.
- Segal, N.P.*: Kernberg, O. Borderline conditions and pathological narcissism: And object relations theory and clinical psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association, 29, 221-236, 1981.
- Seth, L. Goldstein*: The Sexual Exploitation of Children: A Practical Guide to Assessment, Investigation and Intervention, Elsevier Science Publishing Co.: 1986.
- Shengold, L., Soul Murder*: A review. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy. 366-373, 1978.
- Shengold, L.*: More about rats and rat people. International Journal of Psychoanalysis, 477-488, 1971.
- Shengold, L.*: The effects of overstimulation. International Journal of Psychoanalysis, 48:3-410, 1977.
- Shengold, L.L.*: Child abuse and deprivation: soul murder. J. Amer. Psychonal. Assoc. 27:533-559, 1979.
- Speilberger, C.D.*: Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists. 1973.
- Spiegel, D.*: Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. Psychiat. Clin. N.A. 7:101-110, 1984.
- Steketee, G.& Foa, E.B.*: Rape Victims: Post-Traumatic Stress Responses and Their Treatm: A review of the literature. Journal of Anxiety Disorders. 1: 79-86, 1987.
- Summit, R.*: Beyond belief: the reluctant discovery of incest. In The Dark Continent, M. Kirkpatrick, ed. Plenum. New York, 1982.
- Woodling and Kossoris*: "Sexual Misuse: Rape, Molestation, and Incest," . Pediatric Clinics of North America, 28(2) pp. 291-500. May 1981.

يترافق داء الصرع في الطفولة مع حوادث متزايدة من الخلل السلوكي، وهذا يحدث في جميع أنواع الصرع ولكنه يتزايد بشكل خاص في النوبات الجزئية المعقدة **Complex partial seizures**. وقد لوحظت على أي حال تغيرات متطورة في الشخصية عند الراشدين، ممن يعانون هذه النوبات، ويبدو أن نماذج هذه التغيرات تميز الأفراد الذين يعانون نوبات الفص الصدغي **Temporal lobe epilepsy** وتتميز بالتراكبات **Overlaps** مع بعض الأمراض النفسية، ولكنها لا تظهر مع غير ذلك من الأمراض المزمنة طبية كانت أم عصبية. وتتكون هذه التغيرات من مجموعة ظواهر تشتمل مجتمعة على تركيبة خاصة من ميزات الشخصية، وهذه المجموعة تأتي كالتالي:

١- **انفعالية عاطفية مرتفعة** **Heightened emotionalism**: هناك تركيز معنوي متزايد واتهام بالخطورة فوق العادة على المشاعر والأفكار. وتظهر تغيرات مؤثرة كالانفعالية العاطفية المقلقة **Emotional Lability**، مزاجية حادة، وتجارب مرتبطة بالخوف. هناك أيضاً "لزوجة" اجتماعية أو سلوكية مفرطة في التعلق بالغير، تتكون غالباً من الثثرة، الانتباه المدقق للتفاصيل، تلميحات دينية ما ورائية يبدو أنها تعبر عن مظهر عقلائي للانفعالية.

٢- **سرعة التهيج والعداية** **Irritability & Aggression**: هناك غضب مسيطر أو سرعة في التهيج مع ميزة انعدام المرح، إفراط في الأخلاقية، تشبث أو تصلب في المواقف، وسلوك "أنا دائماً على حق".

٣- **الجنس (الخاصية الجنسية)**: هناك قصور جنسي سائد، مع احتمال وجود انحرافات جنسية وعهر أو شذوذ جنسي.

يلاحظ أن هذه التغيرات المتميزة عند الراشدين تحدث تقريباً بعد حوالي سنتين من بداية الداء. وقد تنمو أعراض نفسية أو عقلية كالذهان **Psychoses** بعد عدة سنوات إضافة إلى تغير الشخصية. وقد استخدم تعبير شخصية ما بين النشبتين

Interictal personality لوصف ظواهر التراكيبات المتنوعة لهذه الصفات. وهي تغيرات شخصية ثابتة تنتج مباشرة عن داء الصرع، ولكنها ليست بالضرورة محددة أو مرتبطة بفترة النوبة أو حالة عقب النوبة. مختصر التغيرات السلوكية، الانفعالية، والادراكية في صرع الفص الصدغي عند الأطفال، نوردته في الجدول رقم (١)

جدول رقم ١ التغيرات السلوكية، الانفعالية والادراكية في النوبات الجزئية المعقدة

١- عنف وغضب مدمر.
٢- عدائية، سرعة في التهيج مع عوارض اضطراب الانفجار المتقطع.
٣- الرهاب ، اضطراب القلق العام، الإحباط، اضطراب التسلسل الإلزامي OCD أو القهري.
٤- "البارانويا" أو أفكار الزور، الذهان الذي يشبه الفصام.
٥- قصور جنسي - وغيره من الاضطرابات الجنسية.
٦- انشغال ديني، أخلاقية مفرطة.
٧- التدقيق - سلوك التعلق بالغير خصوصاً في صرع الفص الصدغي في الجهة اليسرى.
٨- زيادة الكتابة أو الإفراط فيها Hypergraphia وقد يكتب الأطفال أغان دينية طويلة.
٩- انعدام الفرح، نقص في روح المرح، التأمل التشاؤمي الطويل، الميل للتدقيق في التفاصيل، التشبث أو التصلب، الحكم القاسي على الذات، يترافق مع صرع الفص الصدغي في الجهة اليسرى.
١٠- انفعالية عاطفية مرتفعة، المذر المفراط Vigilance، التقليل من أهمية الأمور، إنكار الأخطاء، والصعوبات الشخصية. تترافق مع صرع الفص الصدغي في الجهة اليمنى.

إن الدمغة الطبيعية لصرع الفص الصدغي تتميز بالنوبات الجزئية المعقدة مع تغير مفاجئ في الوعي مع أعراض بؤرية مركزية، حركية، تلقائية، أو حسية. وبداية النوبة يعلن عنها غالباً بواسطة رعدة أو فوجحة صرعية Aura تعتبر طبيعتها أفضل دليل لموقع الصرع المركزي. إن الفص الصدغي عند الراشدين هو موقع شائع للنوبات الصرعية، يمثل بين ٤٠ و ٦٠ بالمائة من صرع الراشدين.

أسباب النوبات الصرعية في الفص الصدغي قد تتضمن نشوبات في التكوين داخل الرحم، داء لال الولادة، وارتجاج تشنجي Convulsions عاميرافق ارتفاع الحرارة في مرحلة الطفولة. الدمل في الأذن والجروح الداخلية في الرأس قد تقود أيضاً إلى داء صرع الفص الصدغي. وبين الفصوص الصدغية، تتعرض الأجهزة الجوفية الوسطية Hippocampus & Amygdaloid complex بشكل خاص لنوبات داء الصرع بسبب متطلباتها الاستقلالية العالية، واعتمادها على الدورة الدموية في الدماغ الخلفي المعرض للمرض، وموقعها الملاصق لعظام الجمجمة. وقد ظهر أن اللوزة Amygdala لديها مدخل منخفض لإشعال فتيل التطور المتقدم للشحنات الكهربائية Kindling غير الطبيعية، والتي تتبع المثيرات الكهربائية المتكررة.

وكما أشرنا أعلاه أن النوبات الجزئية المعقدة صرع الفص الصدغي سابقاً، قد تظهر أعراضاً نفسية وعصبية وانفعالات مثل العدائية، الجنسية، والتصرفات المتخوفة. والاستئصال الثنائي للفصوص الصدغية عند قرود ريسوس Rhesus. اظهر مرض Kluver-Bucy حيث يصبح الحيوان وديعاً، قشماً، Hyperphagic، جنسانياً دون تمييز، وغير اجتماعي. **تملح اللوزة Amygdala في طبيعتها** سلوكاً شهوة والجنس، وهي ضرورية لتكوين وتثبيت تذكّر الروابط العاطفية - العصبية التي تنمو وتتأصل في الدماغ.

إن الفص الصدغي يربط التمييز البصري باستجابات الخوف المناسبة التي مصدرها ما تحت المحام Hypothalamus ، وقد تنسق الاستجابات التلقائية والعصبية، والانفعالية.

الفروقات في مركزية، موقع، تكرار، تعدد، وفترات صرع الفص الصدغي قد تؤثر في التغييرات الشخصية والسلوكية. إن التأثيرات ما بين النشبتين من مركز النوبة قد تؤثر عليها شخصية الطفل ما قبل المرض ومزاجية عائلته، تفاعله وتحمله لصعوباته.

حين متابعتهم مطولا، تنمو عند الأطفال الذين يعانون النوبات الجزئية

المعقدة اضطرابات نفسية وعصبية حين يصبحون راشدين.

هناك ١٠ بالمائة يصابون بالذهان الذي يشبه الشيزوفرانيا، ١٢ بالمائة يرتكبون جرائم عنف، و ٨ بالمائة يظهرون عوارض أمراض العدائية والغضب العام. كذلك فإن هناك ٧٠ بالمائة ممن يتمتعون بذكاء I.Q طبيعي، وكانوا في حالة نفسية طبيعية.

إن العوامل التي تساهم في تكوين الاضطرابات النفسية والعصبية لاحقا في مرحلة البلوغ مختصرة **في الجدول رقم (٢)**

١- نسبة ذكاء IQ اقل من تسعين.
٢- بدء النوبات تحت سن السنتين.
٣- نوبات الصرع الكبير أولية - معممة مرتبطة بالمرض.
٤- نوبات متكررة مرة أو اكثر يوميا.
٥- تركيز في الجهة اليسرى لمخطط كهربائية الدماغ EEG.
٦- أن يكون المريض ذكرا.
٧- وجود اضطراب نقص الانتباه وازدياد الحركة، وجود إعاقات تعليمية.
٨- صعوبات ثقافية نفسية مع خلل عصبي متعلق باللسان والحاجة إلى تعليم خاص.
٩- نقص مميز في الذاكرة.
١٠- استخدام أدوية متعددة Polypharmacy.
١١- رفض المجتمع واعتماد التوسم Stigmatization.
١٢- تفاعل غير طبيعي خطير في العلاقات داخل وخارج العائلة.
١٣- مواقف العائلة والمجتمع تجاه داء الصرع.
١٤- القيود على النشاطات المختلفة.

هناك جدل قائم حول سببية التغيرات السلوكية في النوبات الجزئية المعقدة. وقد يكون السبب هو الدماغ الصرعي ذاته، ردت فعل الطفل النفسية تجاه مرض النوبات، و/أو تأثيرات الأدوية المضادة للرجفة.

من المهم أن نلاحظ أن معظم الأدوية المضادة للنوبات لها تأثيرات عكسية مزمنة على السلوك والأداء. واستعمال الأدوية المتعددة Polypharmacy قد يضاعف المشكلة ويعتدها. إن مراقبة مستوى الدم لهذه الأدوية العلاجية، والمعالجة بدواء واحد فقط هي ما يوصى به بشدة في مثل هذه الحالات.

References

- Baer, D.M., Fedio, P.:* Quantitative analysis of interictal behavior in Temporal Lobe Epilepsy. *Arch Neurol*, 34: 404-417, 1977.
- Bagley, C.:* Social prejudice and the adjustment of people with epilepsy. *Epilepsia*, 13, 23-38, 1972.
- Bagley, C.:* The educational performance of children with epilepsy. *British Journal of Educational Psychology*, 40, 82-83, 1970.
- Bagley, C.:* The social psychology of the child with epilepsy London: Routledge & Kegan Paul, 1971.
- Bear, D.:* Hemispheric Specialization and the Neurology of Emotion. *Arch. Neurol.*, 40: 190-202, 1983.
- Bear, D.:* Temporal Lobe Epilepsy: A syndrome of sensory-limbic hyperconnection. *Cortex*, 10: 307-384, 1979.
- Behavior and Epilepsy: Epilepsia*, 29, Suppl. 2, 1983.
- Blumer, D.:* Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 126: 1099-1106, 1970.
- Blumer, D.:* Temporal Lobe Epilepsy and its Psychiatric Significance. In Benson, D.F., and Blumer, D. (eds.): *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*. New York, Grune & Stratton, pp 171-198, 1970.
- Borod, J.C., Koff, E., and Caron, H.S.:* Right Hemispheric Specialization for the Expression and Appreciation of Emotion: A focus on the face. In Perecman, E. (ed.): *Cognitive Processing in the Right Hemisphere*. New York, Academic Press, pp 83-110, 1982.
- Brandt, J., Seidman, L.J. and Kohl, D.:* Personality Characteristics of Epileptic Patients: A controlled study of generalized and temporal lobe cases. *J. Clin. Experience. Neuropsychol.* 7: 20-38, 1980.
- Brittain, H.:* Epilepsy and intellectual functions. In B.M. Kulig, H. Meinhardi, & G. Stores (Eds.), *Epilepsy and behaviour*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1980.
- Camfield, C.S., Chaplin, S., Doyle, A.B., Shapiro, S.H., Cummings, C., & Camfield, P.R.:* Side effects of phenobarbitone in toddlers: Behavioral and cognitive effects. *Journal of Pediatrics*, 90, 361-365, 1979.
- Changing Approaches to Management of Seizures: Pharmacologic Considerations. Epilepsia*, 23, Supl 1, 1982.
- Chaudhry, M.R., & Pond, D.A.:* Mental deterioration in epileptic children. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 24, 213-219, 1961.

References

- Cirignotta, F., Todesco, C.V., and Lugaresi, E.*: Case Report: Temporal lobe epilepsy with ecstatic seizures (so-called Dostoyevsky seizures). *Epilepsia*, 21:200-210, 1980.
- Conn, L.M., and Lion, J.R.*: Pharmacologic Approaches to Violence. *Psychiatr. Clin. N. Am.*, 7:879-886, 1984.
- Corbett, J.A., Harris, R., & Robinson, R.G.*: Epilepsy, In J. Wortis (Ed.), *Mental retardation and developmental disabilities* (Vol. V). New York: Brunner/Mazel, 1970.
- Corbett, J.A.*: methodological issues underlying the assessment of the behaviour in children with epilepsy. In B.M. Kulig, H. Meinhardt, & G. Stores (Eds.), *Epilepsy and behaviour*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1980.
- Dalby, M.A.*: Behavioral effects of carbamazepine. In J.K. Penry & D.D. Daley (Eds.), *Advances in neurology* (Vol. 11). New York: Raven Press, 1970.
- Dalby, M.S.*: Antiepileptic and Psychotropic Effect of Carbamazepine (Tegretol) in the Treatment of Psychomotor Epilepsy. *Epilepsia*, 12:320-334, 1971.
- Delgado-Escueta, A.V., Mattson, R.H., King, L., et al.*: The Nature of Aggression During Epileptic Seizures: A special report. *N. Engl. J. Med.*, 300:711-716, 1981.
- Dewhurst, K., and Beard, A.W.*: Sudden Religious Conversions in Temporal Lobe Epilepsy. *Br. J. Psychiatry*, 117:497-507, 1980.
- Fox, J.T.*: Response of epileptic children to mental or educational tests. *British Journal of Medical Psychology*, 4, 230-248, 1924.
- Geschwind, N.*: Behavioral change in Temporal Lobe Epilepsy. *Arch Neurol*, 34:403-4, 1977.
- Geschwind, N.*: Effects of temporal lobe surgery on behavior. *N Engl J Med* 289:480-481, 1973.
- Geschwind, N.*: The clinical setting of aggression in temporal lobe epilepsy, in Fields WS, Sweet WH (eds): *The Neurobiology of Violence*. St. Louis, Warren H Green Inc, 1974.
- Gibbs, F.A.*: Ictal and non-ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy. *J. Neuro Ment Dis* 113: 022-8, 1901.
- Gloor, P., Olivier, A., Quesney, L.F., et al.*: The Role of the Limbic System in Experiential Phenomena of Temporal Lobe Epilepsy. *Ann. Neurol.*, 12:129-144, 1982.
- Graham, P., & Rutter, M.*: Organic brain dysfunction and child psychiatric disorder. *British Medical Journal*, 3, 790-700, 1978.
- Green, J.B., Mercille, R.A.*: Pschiatric complications of epilepsy. *Neuro Clinics*, 2:103-112, 1984.

References

- Guey, J., Charles, C., Coquery, C., Roger, J., & Soulayrol, R.*: Study of the psychological effects of ethosuccimide on 50 children suffering from petit mal epilepsy. *Epilepsia*, 8, 129-141, 1967.
- Hartlage, L.C., & Green, J.B.*: The relation of parental attitudes to academic and social achievement in epileptic children. *Epilepsia*, 13, 21-26, 1972.
- Hill, D., Pond, D., Symonds, C.*: The schizophrenia-like psychosis of epilepsy. *Proc Roy Soc Med* 55:311, 1962.
- Hoare, P.*: Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. *Dev Med Child Neurol*, 26:14-19, 1984b.
- Hoare, P.*: Psychiatric Disturbance in the Families of Epileptic Children. *Dev. Med. Child Neurol.*, 28:14-19, 1984.
- Hoare, P.*: The development of psychiatric disorder among school children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol*, 26:3-13, 1984a.
- Holdsworth, L. & Whitmore, K.*: A study of children with epilepsy attending ordinary schools. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 16, 746-758, 1974.
- Holdsworth, L., and Whitmore, K.*: A Study of Children With Epilepsy Attending Ordinary Schools, I: their seizure patterns, progress and behavior in school. *Dev. Med. Child Neurol.*, 21:333-342, 1974.
- Huf, R., Schain, R.J.*: Long-term experience with Carbamazepine in children with seizures. *J Peds*, 97:310-312, 1980.
- Lennox, W.G.*: Epilepsy and related disorders. London: J & A Churchill, 1960.
- Lindsay, J. Ounsted, C., & Richards, P.*: Long-term outcome in children with temporal lobe seizures: III. Psychiatric aspects in childhood and adult life, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 21, 631-636, 1979.
- Lindsay, J., Ounsted, C., Ritchards, P.*: Long-term outcome in children with temporal lobe seizures. I. Social outcome and childhood factors. *Dev Med and Child Neurol*, 21:280-298, 1979.
- Lindsay, J.*: The difficult epileptic child. *British Medical Journal*, 3, 283-285, 1972.
- Long, C.G., & Moore, J.R.*: Parental expectations of their epileptic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 299-312, 1979.
- Matthews, W.S., and Barabas, G.*: Suicide and Epilepsy: A review of the literature. *Psychosomatics*, 22:510-524, 1981.
- Morsell, P.L., Pippenger, C.E., Penry, J.F.*: Anti-epileptic Drug Therapy in Pediatrics, ed. Raven Press: New York, 1983.
- Mulder, H.C., & Sourmeijer, P.B.M.*: Families with a child with epilepsy. A sociological contribution. *Journal of Biosocial Science*, 9, 13-24, 1977.

References

- Ounsted, C., and Lindsay, J.*: The Long-Term Outcome of Temporal Lobe Epilepsy in Childhood. In Reynolds, H.E., and Trimble, M.P. (eds.): *Epilepsy and Psychiatry*. Edinburgh, Churchill Livingstone, pp 180-210, 1981.
- Ounsted, C., Lindsay, J., and Norman, R.*: Biological Factors in Temporal Lobe Epilepsy. *Clin. Dev. Med.*, 22, 1976.
- Ounsted, C., Lindsay, J., Norman, R.*: Biological factors in Temporal Lobe Epilepsy. *Clinics in Developmental Med*, No. 22, London: Heinemann Medical, 1976.
- Ounsted, C.*: The Hyperkinetic Syndrome in Epileptic Children. *Lancet*, 2:303-311, 1900.
- Patel, H., Crighton, J.V.*: The neurological hazards of Dilantin in childhood. *J. Peds* 73:676-688, 1968.
- Petti, T.A., and Campbell, M.*: Imipramine and Seizures. *Am.J. Psychiatry*, 132:538-540, 1975.
- Pippenger, C.E.*: An Overview of Anti-Epileptic Drug Interactions, *Epilepsia* 23, Suppl. 1, 581-586, 1982.
- Pritchard, P.B., Lombroso, C.T., McIntyre, M.*: Psychological complications of Temporal Lobe Epilepsy. *Neurol*, 30:227-232, 1980.
- Reeves, A.G., Plum, F.*: Hyperphagia, rage, and dementia accompanying a ventromedial hypothalamic neoplasm. *Arch Neurol* 30:616-628, 1969.
- Reynolds, E.H., and Trimble, M.R.*: *Epilepsy and Psychiatry*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1981.
- Reynolds, E.H.*: Mental Effects of Antiepileptic Medication: A review. *Epilepsia*, 24(Suppl. 2):580-596, 1983.
- Reynolds, E.H.*: Mental effects of anti-epileptics. *Epilepsia*, 24 Suppl. 2, 580-590, 1983.
- Ritvo, E., Arnitz, E.M., & Walter, R.D.*: Correlations of psychiatric disorders and EEG findings: A double blind study of 188 hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 126 988-996, 1970.
- Rodin, E.A.*: Aggression and Epilepsy. In Riley, T.L., and Ray, A. (eds.): *Pseudoseizures*. Baltimore, Williams and Wilkins, pp 180-212, 1982.
- Rosen, J.A.*: Dilantin dementia. *Transactions of the American Neurological Association*, 93, 273-277, 1968.
- Rutter, M., Graham, P., Yule, W.*: A neuropsychiatric study in childhood. *Clinics in Developmental Medicine*, No. 30/36, London: Heinemann Medical, 1970.
- Rutter, M.*: Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 1-21, 1977.

References

- Sachdev, H.S., and Waxman, S.G.*: Frequency of Hypergraphia in Temporal Lobe Epilepsy: An index of interictal behavior syndrome. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1980.
- Sackeim, H., Gur, R., and Saucy, M.*: Emotions are Expressed More Intensely on the Left Side of the Face. *Science*, 202:434-436, 1978.
- Schain, R.J., Ward, J.N., & Guthrie, D.*: Carbamazepine as an anticonvulsant in children. *Neurology*, 27, 476-480, 1977.
- Schain, R.J., Ward, J.W., and Guthrie, D.*: Carbamazepine as an Anticonvulsant in Children. *Neurology*, 27:476-480, 1977.
- Schulman, J.L., Kaspar, J.C., and Throne, F.M.*: Brain Damage and Behavior: A Clinical-Experimental Study. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, 1960.
- Scott, D.*: Psychiatric aspects of Childhood and Adolescent Epilepsy. *Practitioner* 218:417-423, 1977.
- Sensky, T., Wilson, A., Petty, R., et al.*: The Interictal Personality Traits of Temporal Lobe Epileptics: Religious Belief and its Association With Reported Mystical Experiences. In Port, T., Mattson, R.H., Ward, A.A., et al. (eds.): *Advances in Epileptology*, XVth Epilepsy International Symposium. New York, Raven Press, pp 040-049, 1984.
- Shannon, S.D., Reynolds, E.H.*: Reduction of polypharmacy for epilepsy. *Br Med J*, 2:1023-1020, 1979.
- Shukla, G.D., Srivastava, O.N., and Katiyan, B.C.*: Sexual Disturbances in Temporal Lobe Epilepsy. *Br. J. Psychiatry*, 134:288-292, 1979.
- Silverstein, F.S., Parrish, M.A., Johnston, M.V.*: Adverse behavioral reactions in children treated with Carbamazepine. *J Peds* 101:780-787, 1982.
- Slater, E., Beard, A.W.*: The schizophrenia-like psychoses of epilepsy: I. Psychiatric aspects. *Br J Psychiatry* 109:90-112, 1973.
- Slater, E., Beard, A.W.*: The Schizophrenia-like psychosis of epilepsy. *Br J Psych*, 109:90-100, 1973.
- Stern, D.B.*: Psychogenic Somatic Symptoms on the Left Side: Review and Interpretation. In Myslobodsky, M.S. (ed.): *Hemisyndromes: Psychobiology, Neurology, Psychiatry*. New York, Academic Press, pp 410-440, 1983.
- Stevens, J.R.*: Interictal clinical manifestations of complex partial seizures. In J.K. Penry, & D.D. Daley (Eds.), *Advances in neurology* (Vol. 11), New York: Raven Press, 1970.
- Stevens, J.R.*: Risk Factors for Psychopathology in Individuals With Epilepsy. *Adv. Biol. Psychiatry*, 8:06-80, 1982.

References

- Stores, G., & Hart, J.A.*: Reading skills in children with generalised or focal epilepsy attending ordinary school. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18, 705-717, 1976.
- Stores, G.*: Behavior disturbance and type of epilepsy in children attending ordinary schools. In J.K. Penry (Ed.), *Epilepsy: Proceedings of the VIII International Symposium*. New York: Raven Press, 1977.
- Stores, G.*: Children With Epilepsy: Psychosocial Aspects. In Hermann, B.P. (ed.): *A Multidisciplinary Handbook of Epilepsy*. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, pp 224-242, 1980.
- Stores, G.*: School Children With Epilepsy at Risk for Learning and Behavior Problems. *Dev. Med. Child Neurol.*, 20:502-508, 1978.
- Stores, G., Hart, J.*: Reading skills of children with generalized or focal epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 18:705-717, 1976.
- Taylor, D.C.*: Aggression and Epilepsy. *J. Psychosom. Responsible.*, 13:229-236, 1969.
- Taylor, D.C.*: Factors Influencing the Occurrence of Schizophrenia-Like Psychosis in Patients With Temporal Lobe Epilepsy. *Psychol. Med.*, 5:249-254, 1975.
- The Medical Letter*: Drugs That Cause Psychiatric Symptoms. *Med. Let.* 26:75-78, 1984.
- Thorley, G.*: Childhood Hyperactivity and Food Additives. *Development. Med. Child Neurol.*, 20:531-534, 1983.
- Tizard, B.*: The Personality of Epileptics: A discussion of the evidence. *Psychol. Bull.*, 59:197-210, 1962.
- Toone, B.*: Psychoses of Epilepsy. In Reynolds, E.H., and Trimble, M.R. (eds.): *Epilepsy and Psychiatry*. Edinburgh, Churchill Livingstone, pp 113-137, 1981.
- Trimble, M.R., & Corbett, J.A.*: Anticonvulsant drugs and cognitive function. In J.A. Wada & J.K. Penry (Eds.), *Advances in epileptology: The X International Symposium*. New York: Raven Press, 1980 (b).
- Trimble, M.R., & Corbett, J.A.*: Behavioural and cognitive disturbances in epileptic children. *Irish Medical Journal*, 73, 21-28. 1980 (a).
- Trimble, M.R.*: Anticonvulsant drugs, behavior and cognitive abilities. *Develop in Psycho-pharmacology*, eds. Essman, W.B. Valzelli, L., Vol 6, 60-91, Spectrum Publications: New York, 1981.
- Trimble, M.R.*: Personality Disturbances in Epilepsy. *Neurology*, 33:1332-1334, 1983.
- Trimble, M.R.*: Personality Disturbances in Epilepsy. *Neurology*, 33:1332-1334, 1983.

References

- Tucker, D.M.*: Lateral Brain Function, Emotion, and conceptualization. *Psychol. Bull.*, 89:19-26, 1981.
- Verduyn, C.*: Social factors contributing to poor emotional adjustment in children with epilepsy. In B.M. Kulig, M. Meinhardi, & G. Stores (Eds.), *Epilepsy and behaviour*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1980.
- Walker, A.E., and Blumer, D.*: Long-Term Effects of Temporal Lobe Lesions on Sexual Behavior and Aggressivity. In Fields, W.S., and Sweet, W.H. (eds.): *Neural Basis of Violence and Aggression*. St. Louis, Warren H. Green, pp 392-400, 1970.
- Ward, F., Bower, B.D.*: A study of certain social aspects of epilepsy in childhood. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 20(suppl. 39), 1978.
- Waxman, S.G., and Geschwind, N.*: The Interictal Behavior Syndrome of Temporal Lobe Epilepsy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32:1080-1086, 1970.
- Waxman, S.G., Geschwind, N.*: Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *Neurology* 24:629-637, 1974.
- Waxman, S.G., Geschwind, N.*: The interictal syndrome of Temporal Lobe Epilepsy. *Arch Gen Psych*, 32:108-1086, 1970.
- Wexler, P.E.*: Cerebral Laterality and Psychiatry: A review of the Literature. *Am. J. Psychiatry*, 137:279-291, 1980.
- Whitman, S., Herman, B.P., and Gordon, A.*: Psychopathology in Epilepsy: How great is the risk? *Biol. Psychiatry*, 19:213-236, 1984.
- Whitman, S., Hermann, B.P., Black, R.B., et al.*: Psychopathology and Seizure Type in Children With Epilepsy. *Psychol. Med.*, 12:843-853, 1982.
- Williams, D.*: Man's Temporal Lobe. *Proc. R. Soc. Med.*, 61:300-306, 1968.
- Wolf, S.M., & Forsythe, A.*: Behavior disturbance, phenobarbital, and febrile seizures. *Pediatrics*, 61, 728-730, 1978.
- Yule, W.*: Educational achievement. In B.M. Kulig, M. Meinhardi, & G. Stores (Eds.), *Epilepsy and behaviour*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1980.

الفصل ٢٧ الأمراض النفسية في الأمراض الجسدية المزمنة عند الأطفال

أ- ردة فعل الطفل تجاه الأمراض المزمنة:
إن الطفل الذي يعاني مرضاً جسدياً مزمنياً يواجه احتمال ظهور مشاكل نفسية بسبب مرضه. قد يغضب من أهله وأطبائه لعدم قدرتهم على شفاء مرضه. وقد تؤثر الإجراءات العلاجية المزعجة والقيود الغذائية والنشاطية على حياته فتشعره بالمرارة والتراجع. إن المرض الجسدي المزمن قد يسبب تراجعاً في الأداء المدرسي أو تجنباً للمدرسة، وهذا قد يزيد من وحدة الطفل وشعوره بالاختلاف عن غيره من الأولاد.

ردات فعل أخرى من أطفال مصابين بأمراض مزمنة تتضمن غضباً تجاه انكاليته المتزايدة على الغير والقيود التي تتمكم بهم. فالطفل الطبيعي يسعى للسيطرة على جسمه، أما الطفل ذات المرض المزمن يبقى هائراً تجاه خسارة هذه السيطرة وتواجهه تعقيدات أخرى كالأحباط والتحقير النفسي والتصرفات السلوكية الشاذة، والانزواء. إضافة إلى ذلك يتوجب على هذا الطفل ان يتعامل مع فقدان صحته وفقدان الأسلوب الطبيعي في الحياة وضبابية مستقبله. إن معنى المرض يعتمد عموماً على مرحلة نمو الطفل، قدرته على الاحتمال، ودرجة الدعم التي يملكها.

إن حوالي الثلث من الأطفال ذوي الأمراض المزمنة لا يذعنون للعلاج الطبي، وخصوصاً من المراقبين، فإجراءات العلاج قد تسبب الألم والقلق الشديد. والقلق

Conditioned anxiety الناتج عن الإجراءات المتكررة قد يتطور ويعمم على الأحداث والأشياء المرتبطة بهذه الإجراءات. قد دخول المستشفى يتضمن الانفصال عن الأصدقاء وخصوصاً الأهل. قد يظهر الطفل اعتراضاً وبأساً وتباعداً عن الأهل والأقارب وغيره من أطفال سنه. إضافة إلى تغير سلوكي يرافق دخول المستشفى بسبب الانزعاج الجسدي والألم المتزايد.

تزيد الأعباء عند الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية ويصعب الجزء المصاب من جسدهم هو الأكثر أهمية بالنسبة لهم. وهذا الوضع يؤثر على تقدير الذات حيث أن الطفل يضطر للعيش ضمن إعاقات نفسية وجسدية واجتماعية. ويزيد الضغط على الطفل وعائلته خلال المراحل الانتقالية مثل دخول المدرسة أو تغييرها، أو مرحلة البلوغ أو الانتقال إلى سن الرشد. هناك عوامل عديدة تؤثر في ردة فعل الطفل ذات المرض المزمن ندرجها في الجدول رقم (١):

جدول رقم ١ العوامل المؤثرة في ردة فعل الطفل ذات المرض المزمن

١- درجة القيود الجسدية على الحركة.
٢- درجة الخلل الحسي العصبي.
٣- درجة الألم.
٤- وجود أو غياب المنشوهات خصوصاً عند المراهقين.
٥- الحاجة لعمليات جراحية.
٦- استخدام أنظمة دوائية وغذائية.

تنمية جدول رقم ١ العوامل المؤثرة في ردة فعل الطفل ذات المرض المزمن

٧- مقومات الشخصية قبل بدء المرض.
٨- السن ومرحلة النمو عند الطفل.
٩- الدخول المتكرر إلى المستشفيات.
١٠- وجود أمراض في الجهاز العصبي المركزي وتأثيرها على مستوى الإدراك

ب- ردة فعل العائلة على المرض المزمن عند الطفل:

عند تشخيص مرض جسدي مزمن عند الطفل قد لا يصدق الأهل هذا الأمر ويصابون بالإحباط والغضب والعدائية والشعور بالذنب وغير ذلك من أعراض التلوم. إذا استمرت هذه المشاعر قد يصبح الأهل ذات وقائية زائدة والسماك زائد بالطفل. وقد يتباعد بعض الأهل عاطفياً، وهذا إذا حدث قد يكون ذات تأثير سلبي على نمو الطفل.

قد تزيد مشاكل الأبوين في التعامل مع بعضهم والتعامل مع باقي أفراد العائلة والأصدقاء والفريق الطبي، بسبب توقعاتهم السابقة بالحصول على "الطفل الكامل". هنا يتقهقر الأهل نفسياً ويعانون نقص الثقة بالآخرين وربما يعانون من اضطرابات الإحباط والقلق الشديد. التواصل الكلامي Communications في العائلة يصبح توأصلاً مرتبطاً بالمرض، ويصبح الطفل المريض نقطة الارتكاز Focus في العائلة. فإذا لم يكن هذا الأمر مؤقتاً قد يعني أن عوامل أخرى في الجهاز العائلي، مثل الربح النفسي Secondary Gain الثانوي، تساعد في تأخير آليات النمو الجيدة والطبيعية. إضافة إلى ذلك قد يتعرض الزواج للضغط الهائلة فمعنى المرض يختلف عند كل من الأبوين وكذلك أسلوب التعامل. هذا بدوره يسبب مشاكل إضافية في التفاهم، ونقصاً في الدعم المتبادل. من المؤامجد البعض الأول المعيش مع طفل يراقبونه يعالونه دون قدرة على معاناته، وعند

ذهاب الأهل إلى العمل أو اضطرابهم لترك الطفل يشعرون بالذنب والغضب والقلق المتزايد.

عند إلزام طفل ذات مرض مزمن بقوانين معينة للسلوك، قد يجد الأهل صعوبة في مواجهة الطفل المصاب. وبدلاً من ذلك يصبحون أكثر وقائية للطفل فينقصون قدرته على الاندماج الاجتماعي ويتركون عنده عوارض من قلق الانفصال عند دخول المستشفى أو المدرسة. العوامل المؤثرة في ردة فعل العائلة تجاه طفل يعاني مرضاً مزماً ندرجها في **الجدول رقم (٢):**

الجدول رقم ٢
العوامل المؤثرة في ردة فعل العائلة
تجاه طفل ذات مرض مزمن

١- درجة الصعوبات الاقتصادية.
٢- قدرات العائلة على حل المشاكل قبل بدء المرض.
٣- وجود أو غياب مشاكل زوجية قبل المرض.
٤- مدى شدة الحالة المرضية للطفل.
٥- درجة تأثير المرض على الأخوة والأخوات.
٦- الأمان الديني عند العائلة.

أشقاء الطفل ذات المرض المزمن قد يضطرون للتعامل مع اهتمام أقل من الأهل، مع الخيرة، والإحساس بالعزلة. إن غريبتهم العاطفية المتزايدة عن العائلة تضعهم بمواجهة فطر الإصابة بمشاكل نفسية متعددة كالغضب والعدائية

وتراجع الأداء المدرسي والإصابة بأمراض نفسية. وتتأثر ردات فعل الأشقاء
بعوامل متعددة يتضمنها الجدول رقم (٣):

جدول رقم (٣) العوامل المؤثرة في ردات فعل الأشقاء

١- درجة انهماك الأهل بالطفل المصاب.
٢- درجة التعبير عن المشاعر بين أفراد العائلة.
٣- درجة المساعدة من الأهل والمحيطين.
٤- كمية الوقت التي يصرفها الأهل مع الطفل المصاب.

على الطبيب أن يتفهم إمكانية تزايد الصعوبات عند الأهل في استيعاب كل المعلومات الطبية التي يحتاجها علاج طفلهم من أدوية وإجراءات وعلاجات وأطباء ومستشفيات ومؤسسات. من جهة أخرى على الأهل اكتساب مهارات خاصة لمساعدة الطفل والتحدث معه. ويجب عليهم أن يتمكنوا من السماح للطفل بالتعبير عن مشاعره وامزانه. تطبيق قواعد السلوك مع الطفل، يجب أن يكون Consistent مع الوقت دون تناقضات ويركز على تصحيح تصرفات معينة مع التثقيف ودون العقاب. فإذا لم تكن الآليات العائلية الذاتية كافية هناك خدمات متنوعة قد يحتاجها الطفل مثل العلاج الجماعي، علاج نفسي فردي، وعلاج عائلي مع مجموعة من العائلات أطفالهم يعانون من نفس المشكلة فردي أو جماعي أو العلاج مع مجموعة من الأطفال مصابين بنفس المرض.

References

- Apley, J., & Naish, N.*: Recurrent abdominal pains: A field survey of 1,000 school children. *Arch. Discipline. Child.*, 33:160-170, 1958.
- Astrada, C.A., Licamele, W.L., Walsh, T.L., & Kessler, E.S.*: Recurrent abdominal pain in children and associated DSM-III diagnoses. *Amer. J. Psychiat.* 138:687-688, 1981.
- Binger, C.M.*: Childhood Leukemia: Emotional Impact on Siblings. In Anthony, E.J., and Koupernik, C.(eds.): *The Child in His Family*, Vol.2: *The Impact of Disease and Death*. New York, John Wiley and Sons, pp 190-209, 1973.
- Bowlby, J.*: *Attachment and Loss*, Vol.2: *Separation: Anxiety and Anger*. New York, Basic Books, pp 3-24, 1973.
- Burton, L.*: *Care of the Child Facing Death*. London, Routledge and Kegan Paul, 1974.
- Burton, L.*: *The Family Coping With a Heavy Treatment Regime: Care of the Child Facing Death*. London, Routledge and Kegan Paul, pp 74-84, 1984.
- Cain, A.C., Fast, I., and Erickson, M.E.*: Children's Distributed Reactions to the Death of a Sibling. *Am. J. Orthopsychiatry*, 34:741-752, 1964.
- Christensen, M.F., & Mortensen, O.*: Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Arch. Dis. Child.* 50:110-114, 1975.
- Coddington, R.D.*: The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-II. A study of a normal population. *J. Psychosom Responsible*. 16:200-213, 1972.
- Crossley, R.B.*: Hospital admissions for abdominal pain in childhood. *J. Roy. Soc. Med.* 75:772-776, 1982.
- De-Nour,, A.K.*: Adolescent's Adjustment to Chronic Hemodialysis. *Am. J. Psychiatry*, 136:1979.
- Faull, C., & Nicol, A.R.*: Abdominal pain in six-year-olds: An epidemiologic study in a new town. *J. Child. Psychol. Psychiat.* 27:201-210, 1986.
- Geist, R.A.*: Onset of Chronic Illness in Children and Adolescents: Psychotherapeutic and Consultative Intervention. *Am. J. Orthopsychiatry*, 49:4-23, 1979.
- Gluck, M.R.*: Psychological Intervention With Preschool Age Plastic Surgery Patients and Their Families. *J. Pediatr. Psychol.*, 2:23-25, 1977.
- Hall, C.W.R.*: *Psychiatric Presentations of Medical Illness*. New York, SP Medical and Scientific books, 1980.
- Kalnins, I.V., et al.*: Concurrent Stresses in Families with a Leukemic Child. *J. Pediatr. Psychol.*, 5:1980.

References

- Kavanaugh, J. G., Jr. And Mattson, A.:* ch 14. Psychophysiologic Disorders. In J.D. Noshpits (Ed.) Basic handbook of Child Psychiatry. New York: Basic Books, Inc. PP. 302-380, 1979.
- Kellner, R.:* Psychotherapy in Psychosomatic Disorders; A Survey of Controlled Studies. Archives of General Psychiatry. 32. PP. 1021-1028, 1970.
- Khan, A.U.:* Coping With Chronic Illness. Facing a Dying Child and His Family. In Psychiatric Emergencies in Pediatrics. Chicago, Year Book Medical Publishers Ltd., 1979.
- Lansky, S.B., et al.:* Childhood Cancer: Nonmedical costs of the illness. Cancer, 43:403-408, 1979.
- Lavigne, J.V., and Ryan, M.:* Psychological Adjustment of Siblings of Children with Chronic Illness. Pediatrics. 63:1979.
- Lefebvre, A., and Munro, I.:* The Role of Psychiatry in a Craniofacial Team: Plastic and Reconstructive Surgery. 11:064-069, 1978.
- Maddison, D., and Raphael, B.:* Social and Psychological Consequences of Chronic Disease in Child-hood. Med. J. Aust., 2:260-270, 1971.
- Mannino, F.V., and Shore, M.F.:* Family Structure, Afercare and Post-Hospital Adjustment. Am. J. Orthopsychiatry, 44:77-80, 1974.
- Mattson, A. and Kim, S.P.:* Psychological Factors Affecting Physical Conditions (Psychosomatic Disorders). In Kaplan, H.I. and Sadock, B.J., (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry Vol. II. Williams and Wilkins. Baltimore. PP. 1736-1741, 1980.
- McKey, R.M., Jr.:* coping With a Family-Shattering Disease. In Patterson, P.R., Denning, C.R., and Kutscher, A.H. (eds.): Psychosocial Aspects of Cystic Fibrosis. New York; Columbia University Press, pp 93-94, 1973.
- Minde, K.K.:* Coping Styles of 74 adolescents With Cerebral Palsy. Am. J. Psychiatry, 130:1344-1349, 1978.
- Minuchin, S., Baker L., Rosman B.L., Liebman, R., Milman, L., and Todd, T.C.:* A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children: Family Organization and Family Therapy. Archives of General Psychiatry. V 32. PP. 1031-1038, 1970.
- Minuchin, S., et al.:* Psychosomatic Families. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1978.
- Mostofsky, D.L., and Balaschak, B.A.:* Psychobiological Control of Seizures. Psychol. Bull., 84:723-700, 1977.
- Nover, R.A.:* Pain and the Burned Child. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 12:499-500, 1973.

References

- Orr, D.P., Weller, S.C., Satterwhite, B., et al.*: Psychosocial Implications of Chronic Illness in Adolescence. *J. Pediatr.*, 104:102-107, 1984.
- Patterson, P.R., Denning, C.R., and Kutscher, A.H.*: Psychosocial Aspects of Cystic Fibrosis. New York, Columbia University Press, 1973.
- Perrin, E.C., and Gerrity, P.S.*: Development of Children with a Chronic Illness. *Pediatr. Clin. North Am.*, 31:19-31, 1984.
- Pless, I.B., and Pinkerton, P.*: Chronic Childhood Disorder: Promoting Patterns of Adjustment. London, Henry Kimpton Publishers, pp 88, 1970.
- Pless, I.B.*: Clinical Assessment: Physical and Psychological Functioning. *Pediatr. Clin. North Am.*, 31:33-40, 1984.
- Raimbult, G.*: Psychological Problems in the Chronic nephropathies of Childhood. In Anthony, E.J., and Koupernik, C. (eds.): *The Child in his Family*, Vol. 2: The Impact of Disease and Death. London, John Wiley and Sons, 1973.
- Rutter, M.*: Psychological Development Predictions From Infancy. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2:49-62, 1970.
- Seidel, U.P., Chadwick, O., and Rutter, M.*: Psychological Disorders in Crippled Children: A Comparative Study of children with and without brain damage. *Dev Med. Child Neurol.*, 12:563-573, 1970.
- Sell, S.H.W., Webb, W.W., Pate, J.E., et al.*: Psychological Sequelae to Bacterial Meningitis: Two control studies. *Pediatrics*, 49:212-217, 1972.
- Sells, C.J., Carpenter, R.L., and Ray, C.G.*: Sequelae of Central Nervous System Enterovirus Infections. *N. Engl. J. Med.* 293:1-4, 1975.
- Shaffer, D., Chadwick, O., and Rutter, M.*: Psychiatric Outcome of Localized Head Injury in Children. In Porter, R., and Fitzsimons, D.W. (eds.): *Outcome of Severe Damage* Elsevier-Excerpta Medica North Holland, pp 191-214, 1975.
- Shaffer, D., McNamara, N., and Pincus, J.H.*: Controlled Observations on Patterns of Activity, Attention, and Impulsivity in Brain Damaged and Psychiatrically Disturbed Boys. *Psychol. Med.*, 4:4-18, 1974.
- Stein, R.E., and Jessop, D.J.*: Relationship Between Health Status and Psychological Adjustment Among Children With Chronic Conditions. *Pediatrics*, 73:169-174, 1984.
- Travis, G.*: Chronic Illness in Children: Its Impact on Child and Family. Stanford, California, Stanford University Press, 1976.
- Vance, J.C., et al.*: Effects of Nephrotic Syndrome on the Family: A Controlled Study *Pediatrics*, 60:1980.

يتعرض ملايين الأطفال في جميع أنحاء العالم لارتفاع نسبة الرصاص في الدم إلى حد التسمم. فالرصاص هو سم قوي يمكن أن يؤثر على البشر في أي سن كان، والتعرض له هو أحد أكثر المسمومات شيوعاً والتي يمكن منعها في مرحلة الطفولة. والأطفال هم الأكثر عرضة بشكل خاص لأن الجهاز العصبي الذي يتنامى بسرعة عند الطفل هو ذات حساسية خاصة تجاه تأثير الرصاص.

أما المصادر العامة لهذا السم فهي مستهلكات السيارات والطلاء المحتوي على الرصاص ونسبة الرصاص الموجودة في الماء والتربة. فملايين المنازل مطلية بمادة أساسها الرصاص. التعرض لهذه المادة قد يكون له سلسلة واسعة من التأثيرات في نمو الطفل ونصرفاته.

فعند التعرض لكمية بسيطة تنمو لدى الطفل أعراض اضطراب النقص في التركيز وازدياد الحركة مع انفعالية شديدة وتشتت وسرعة التنهيج. وقد أثر التعرض للرصاص في البيئة على إدراك الطفل وقدراته العقلية كما أثر في أدائه المدرسي.

كذلك يؤثر ارتفاع نسبة الرصاص في الدم نمو الطفل ويفقده حاسة السمع مع خلل دائم في الدماغ قد بسبب التخلف العقلي أو الموت. وتشير الدراسات الحديثة أن الرصاص يؤثر في نشاط أنزيم الدماغ أدينيل سيكلاز Cerebellar adenylyl-cyclase الضروري لنقل الرسائل العصبية، كما يؤثر في

انتقال الأوكسجين واستقلاب الخلايا. إن التعرض للرصاص في مرحلة الطفولة خطير حتى ولو بنسبة ضئيلة. فالأطفال ذات النسبة المرتفعة من الرصاص في الدم يعانون مشاكل سلوكية أكثر ونقصاً في الأداء الفكري والعصبي مقارنة مع أطفال ذات نسب ضئيلة جداً. وهؤلاء الأطفال الذين كانت لديهم مشاكل سلوكية لم تظهر عندهم أية أعراض للتسمم بالرصاص.

مشاكل أخرى يسببها ارتفاع نسبة الرصاص في الدم تتضمن مشاكل دراسية كعدم الانتباه، وعدم القدرة على القراءة أو إعاقة تعليمية في القراءة ونقص في الأداء المدرسي في المرحلة الثانوية واستيعاب أقل لمعاني الكلمات.

أظهرت الدراسات الحديثة أيضاً أن الأطفال ذات النسبة الأعلى من الرصاص في عام الأسنان، يظهرون ذكاءً أقل Lower IQ من الأطفال ذات النسبة الأقل. كذلك سجلت زيادة في العدائية كمشكلة هامة تسببها النسب الضئيلة من هذا المعدن، فكلما زادت نسبة الرصاص في دم الطفل زادت عدائيته، ولكن حتى النسب الضئيلة جداً لم تصنف بأنها غير مؤذية.

لذا فإن النسبة التي تتسبب بانحراف سلوكي وإدراكي ضئيلة نسبياً، مع كون اضطراب النقص في التركيب، وازدياد الحركة، المرض السلوكي والإدراكي الأكثر شيوعاً بين ما يسببه ارتفاع نسبة الرصاص.

**إن التشخيص والعلاج المبكر للتسمم بالرمصاص يخفف المجازفة بإصابة الطفل
بخلل دائم. ويمكن التشخيص بسهولة عن طريق فحص الدم لأن هذا يساعد في
تقرير ما إذا كان جسم الطفل يحتوي أو لا يحتوي نسبة عالية من الرصاص في
الدم. كذلك يجب على الأهل التأكد من خلو طلاء منازلهم من الرصاص وانخفاض
نسبته في مياه الشرب.**

**أما العلاج فيبدأ بإبعاد الطفل عن مصادر الرصاص، والأدوية التي تزيل
الرصاص من الجسم متوافرة ويجب أن تستعمل تحت الرقابة الطبية.**

References

- Bushnell, P.J., and Bowman, R.E.*: Reversal learning deficits in young monkeys exposed to lead. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 10:733-742, 1978.
- Byers, R.K., and Lord, E.E.*: Late effects of lead poisoning on mental development. *Am. J. Discipline. Child.*, 66:471-494, 1983.
- David, O., Clark, J., and Voeller, K.*: Lead and hyperactivity. *Lancet*, 2:900-903, 1977.
- De la Burde, B., and Choate, M.S.*: Early asymptomatic lead exposure and development at school age. *J. Pediatr.*, 87:638-642, 1975.
- G.O.B. Thomson, G.M. Raab, W.S. Hepburn, R. Hunter, M. Fulton, and D.P.H. Laxen*: Blood-lead levels and children's behavior-results from the Edinburgh lead study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30:515-528 (July-August 1989).
- Herbert, L., Needleman, Alan Schell, David Bellinger, Allan Leviton, and Elizabeth N. Allred*: The long-term effects of exposure to low doses of lead in childhood: an 11-year follow-up report. *New England Journal of Medicine*, 322:83-88 (January 11, 1990).
- Nathanson, J., and Bloom, F.*: Lead-induced inhibition of brain adenylyl cyclase. *Nature*, 250:419-420, 1975.
- Needleman, H. L., and Bellinger, D.C.*: The epidemiology of low level lead exposure in childhood. *J.Am. Acad. Child Psychiatry*, 20:496-512, 1981.
- Needleman, H.L., Bunroe, C., Leviton, A., et al.*: Deficits in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. *N. Engl. J. Med.*, 300:689-695, 1979.
- Nichols, P. L., and Chen, T. C.*: *Minimal Brain Dysfunction: A Prospective Study*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1981.
- Rutter, M.*: Raised lead levels and impaired cognitive behavioural functioning: A review of the evidence. *De. Med. Child. Neurol.*, 22(Suppl. 42), 1980.
- Silbergeld, E., and Goldberg, A.*: Hyperactivity: A lead-induced disorder. *Environ. Health Perspect.*, 7:227-232, 1974.

هناك ملايين الأطفال على اتساع العالم ذات أهل مدمنين على الكحول. وهذا الإدمان يمكن أن ينتقل وراثياً في العائلة، فأطفال المدمنين هم أكثر عرضة ٤ مرات من غيرهم من الأطفال ليصبحوا مدمنين. في الجدول رقم (١) لائحة مختصرة بالأعراض النفسية عند الأطفال ذات أهل مدمنين على الكحول:

جدول رقم (١)
الأعراض النفسية عند الأطفال
من ذوي أهل مدمنين على الكحول

١- القلق - فالطفل قد يقلق باستمرار حول الوضع في المنزل ويخاف من أن المدمن من الأبوين سيصبح مريضاً أو مصاباً، وقد يخاف كذلك من العراك والعنف بين الأبوين.
٢- الإحباط - يشعر الطفل بأنه محبط، فاقد للأمل والمساعدة، ولديه إحساس شديد بالأذى.
٣- سوء العلاقات مع الأتراب - يخيب أمل الطفل مرات كثيرة المدمن من أبويه فيدمو لديه فقدان الثقة بالآخرين.
٤- الشعور بالتناقض - المدمن من الأبوين قد يتغير فجأة من شخص محب إلى شخص غاضب وعنيف دون أخذ سلوك الطفل في الاعتبار، فيصدم الطفل غير متأكد ما هو الخطأ وما هو الصواب.
٥- الشعور بالذنب - قد يرى الطفل أنه هو السبب الرئيسي في إدمان الأب أو الأم.

الأعراض النفسية عند الأطفال
من ذوي أهل مدمنين على الكحول

تتمة جدول رقم (١)

٦- الإمرا - قد يوحى الأهل بأن هناك سراً رهيباً في المنزل، فيخجل الطفل من دعوة الأصدقاء إليه ويخاف أن يطلب المساعدة من أي شخص كان.
٧- الغضب - يشعر الطفل بالغضب تجاه المدمن من أبويه لأنه يشرب وقد يشعر بالغضب تجاه غير المدمن لأنه لم يؤمن المساعدة والوقاية المطلوبة.

يستخدم الطفل دفاعات متنوعة كالإنكار والكبت وتكوين ردات الفعل Reaction formation والتشتت Displacement كي يحاول إبقاء مشكلة الإدمان سرية، وقد يحسّ الأقارب أو المعلمون أو غيرهم من الراشدين بأن هناك خطباً ما. التصرفات التالية عند الطفل قد تشير إلى وجود مشكلة إدمان في المنزل وهي ملخصة في جدول رقم (٢):

تصرفات الطفل التي تشير إلى وجود
مشكلة إدمان في المنزل

جدول رقم (٢)

١- التراجع في الحضور والأداء المدرسي Truancy.
٢- الغضب في وجه الآخرين، السرقة.
٣- البعلاوانية والتهميم، ازدياد الحركة، التشتت والانفعال الخارج عن السيطرة.
٤- الوحدة، عدم النضج.
٥- الانعزال والابتعاد عن الأصدقاء، النقص في الأصدقاء.

تتمة جدول رقم (٢)

تصرفات الطفل التي تشير إلى وجود
مشكلة إدمان في المنزل

٦- شكاوى جسدية متكررة كآلم الرأس أو المعدة.
٧- سوء استخدام الأدوية أو الكحول.

إن بعض أطفال المدمنين قد يتصرفون وكأنهم في قمة المسؤولية ضمن العائلة أو بين الأصدقاء، البطل. وقد يتعاملون مع إدمان أهل بالجهد الدؤوب ليصبحوا ناجحين جداً، فهم يبحثون عن يتقبلهم ويشعرون بالوحدة العاطفية والعزلة عن الأساتذة وعن غيرهم من الأطفال. وقد تظهر مشاكلهم إلى العلن فقط عندما يصبحون راشدين.

من الضروري أن يتلقى هؤلاء الأطفال المساعدة السيكولوجية وأن يفهموا بأنهم ليسوا المسؤولين عن مشاكل الشرب والإدمان عند أهلهم.

References

- Beardslee, W.R., Podorefsky, D.*: Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships. *Am J Psychiatry* 140:63, 1988.
- Bird, H.R., Gould, M.S., Staghezza, B.M.*: Patterns of Diagnostic Comorbidity in a Community Sample of Children Aged 9 Through 17 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:361, 1993.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., et al.*: Evaluation of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents for Use in General Population Samples. *J Abnorm Child Psychol* 21:663, 1993b.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A., et al.*: Predicting Substance Use in Early Adolescence Based on Parent and Teacher Assessments of Childhood Psychiatric Disorders: Results from the Ontario Child Health Study Follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 34:189, 1993a.
- Brandenburg, H.A., Friedman, R.M., Silver, S.E.*: The Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders: Prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:76, 1990.
- Clark, J.P., Wenninger, E.P.*: Socioeconomic Class and Area as Correlates of Illegal Behavior Among Juveniles. *Am Soc Rev* 27:826, 1962.
- Cohen, P., Brook, J.*: Family Factors Related to the Persistence of Psychopathology in Childhood and Adolescence. *Psychiatry* 50:332, 1987.
- Conrad, M., Hammen, C.*: Role of Maternal Depression in Perceptions of Child Maladjustment. *J Consult Clin Psychol* 57:663, 1989.
- Earls, F., Reich, W., Jung, K., et al.*: Psychopathology in Children of Alcoholic and Antisocial Parents. *Alcohol clin Experience Responsible* 12:481, 1988.
- Earls, F.*: Epidemiology and Child Psychiatry. *Am J Orthopsychiatry*, 59:279, 1989.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al.*: The Emmanuel Miller Memorial Lecture. The theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 35:231, 1994.
- Jensen, P.S., Sulzberg, A.D., Richters, J.E., et al.*: Scales, Diagnoses, and Child Psychopathology: 1. CBCL and DISC relationships. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:397, 1993.

References

Offord, D.R.: Conduct Disorder: Risk factors and prevention. In: Shaffer D, Philips I, Enzer NB (eds): Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, pp 55-78, 1989.

Offord, D.R.: Prevention of Behavioral and Emotional Disorders in Children. *J Child Psychol Psychiatry* 28:9, 1987.

Patterson, G.R.: Coercive Family Process. Eugene, Oregon, Castalia Publishing Company, 1982.

Plomin, R.: Childhood Temperament. *Ad Clin Child Psychol* 1:45, 1992.

Prior, M.: Childhood Temperament. *J Child Psychol Psychiatry* 33:249, 1992.

Rutter, M., Giller, H.: Juvenile Delinquency: Trends and perspectives. New York, Penguin Books, 1982.

Rutter, M.: Isle of Wight Revisited: Twenty-Five Years of Child Psychiatric Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:122, 1989a.

Rutter, M.: Pathways From Childhood to Adult Life. *J Child Psychol Psychiatry* 30:22, 1989b.

Shelly, F. Greenfield, Marvin, S. Swartz, L. Richard Landerman, and Linda, K. George: Long-term psychosocial effects of childhood exposure to parental problem drinking. *American Journal of Psychiatry*, 150:608-612 (April 1993).

الفهرس

٣	الفصل ١: النمو الطبيعي للطفل
٢٤-٢٥	مرحلة المراهقة، البلوغ
٦	أرنولد غيزيل
٤	الاستشعار بالسمع
٤	نمو حواس الإدراك
٣-٤	حالة النمو
٩	التطور الثقافي
١٠	النمو العاطفي
٦-٥	لغة التعبير
٢٢-٢١-٢٠	مرحلة عقدة "أوديب"
٤	نظام حس اللمس
٧	قاسم الذكاء
٢٤-٢٣	مرحلة ما قبل البلوغ
١٢	التطور الأخلاقي
١٨-٤	نمو عضلات الحركة
١٩-١٨	مرحلة العضل - المخرج
١٥-١٦	مرحلة الإحساس بالفم
٢٥-٤	التطور الجسدي
٧-٦	اللغة المفهومة
١٤-٦	مبدأ - النفس
٥-١٤	الإحساس بالذات
٨-٧	التطور الاجتماعي
٤	الإحساس المرئي
٣١	الفصل ٢: نظريات حول نمو الطفل
٣٣	"أنا فرويد"
٣٥	بولبي ، ج
٣٧-٣٦	تشيس + توماس
٣٩	التكييف الكلاسيكي

٣٦	عمليات محسوسة
٣٦	الإدراك
٣٣	خطوط التطور
٣٩-٣٨	أريكسون ، !
٣٦	عمليات رسمية
٤٣-٤٠	جدول غيزيل
٣٢	الغريزة في الذات
٣٥	تكييف الوسائل
٣٦	كوهوت ،
٤٠	نظرية العلم
٣٤	مارغريت ماهر
٣٥	ميلاني كلاين
٣٥	ثوابت الأشياء
٣٥	دوام الأشياء
٣٦-٣٥	نظرية روابط الأشياء
٤٢	" بافلوف "
٣٧	" بياجيه "
٣١	قبل الوعي
٣٦	مرحلة ما قبل العملية
٣١	التطور النفسي الجنسي
٤٢	التطور النفسي الاجتماعي
٤٣	تطور محركات الأحاسيس
٣٢-٣١	سيغموند فرويد
٤٢	سكندر ، ب ، ف
٣١	الذات: السوبر إيغو
٤٠-٣٩-٣٨	الطبائع
٣٢	النظرية الطبوغرافية
٣٢-٣١	اللاوعي
٣٦	وينكوت ، د

الفصل ٣	حالة-الطبيعية تقنيات التربية	٥٥
	الأبوة الفعالة	٥٦-٥٥
	الإساءة الكلامية	٥٧-٥٦
الفصل ٤	افكار في النظام الفعال	٦١
	التأديب الفعال	٦١
	وقت الإستراحة الصغيرة	٦٣-٦٢
الفصل ٥	تقديرات الذات _ بناء تقدير الذات	٦٧
	تدعيم موجب	٦٧
	الدفع الذاتي	٦٩-٦٨
الفصل ٦	نمو مهارات التعلم عند الأطفال	٧٣
	المهارات الأكاديمية	٧٣
	المواقف الأبوية	٧٥-٧٤
	عادات الدرس	٧٦
	محطة الدرس	٧٧
الفصل ٧	مساعدة الأطفال لإثبات الوجود	٨١
	فرض الشخصية- إثبات الوجود	٨١
	طفل عدائي	٨٤
	طفل ذو شخصية غير فارضة	٨٢
الفصل ٨	مساعدة الأطفال للتعبير عن مشاعرهم	٨٧
	الغضب	٨٧
	العواطف	٨٨-٨٧
	السلبية	٨٨
	الأحاسيس المكبوتة	٨٩
الفصل ٩	تخفيض الضغط عند الأطفال	٩١
	المرحلة الحساسة	٩١
	سيلي هـ	٩١
	الضغط على الأعصاب	٩٤-٩٣-٩٢
	إدارة الضغوط	٩٤

الفصل ١٠ السلوك الجنسي في الطفولة والمراهقة ----- ٩٧

الجنس الجسدي ----- ٩٧

الأطفال الجانحين ----- ٩٨

الواطية ----- ٩٩

إستتماء ----- ٩٨

البلوغ ----- ٩٨

الألاعب الجنسية ----- ٩٧

الفصل ١١ النمو الطبيعي في المراهقة ----- ١٠٣

المرحلة الباكرة للأحداث ----- ١٠٣

المرحلة المتأخرة للأحداث ----- ١٠٤

المرحلة المتوسطة للأحداث ----- ١٠٣

تشوشات عصبية ----- ١٠٥

دوامة نفسية ----- ١٠٥

المكونات الجنسية ----- ١٠٤

الفصل ١٢ مسلكيات عادة الكذب عند الأطفال ----- ١٠٩

وقائع عن الكذب ----- ١٠٩-١١١

الشرف ----- ١٠٩

التحقير ----- ١١٠

إفتيال الكذب ----- ١١٠

الفصل ١٣ السرقة عند الأطفال ----- ١١٣

الإحترازات اللازمة ----- ١١٣

السرقة ----- ١١٤-١١٣

الفصل ١٤ الإتهاك العاطفي للأطفال ----- ١١٧

اللوم ----- ١١٧

النظام القاسي ----- ١١٨

الإساءة النفسية ----- ١١٨-١١٧

تقنيات الأبوة ----- ١١٩

المثالية ----- ١١٩

الرفض ----- ١١٨

العار ----- ١١٨

الفصل ١٥ الإتهام الجسدي للأطفال ----- ١٢٣

العادات الإجرامية----- ١٢٤

تقييم----- ١٢٥

خصائص الشخصية----- ١٢٤

الإساءة الجسدية----- ١٢٣-١٢٤

عوارض نفسية----- ١٢٣

تزامن العوارض النفسية----- ١٢٣

الفصل ١٦ الرهاب - القلق ومخاوف الأطفال ----- ١٣٥

مخاوف الطفولة----- ١٣٥

" لبتل هانس "----- ١٣٧

نوية ذعر----- ١٣٦

الرعب----- ١٣٦

الرعب من المدرسة----- ١٣٦

قلق الانفصال----- ١٣٦

الخجل المصطنع----- ١٣٧

الفصل ١٧ السلس البولي والغائط ----- ١٤١

المسببات----- ١٤١

عدم القدرة على حصر البول----- ١٤٢

السلس البولي البدائي----- ١٤١

العلاج----- ١٤٢

القدرة على حصر البول----- ١٤٢

السلس البولي المتقدم----- ١٤٢

العلاج----- ١٤٣

الفصل ١٨ مشاكل النوم عند الأطفال ----- ١٤٧

عوامل التأثير في النوم----- ١٤٧

الأرق الشديد----- ١٥١

الخدار----- ١٥٢

Nrem----- ١٤٧-١٤٨

كوابيس----- ١٥٠

مخاوف النوم الليلي----- ١٤٩

١٤٨-١٤٧	انماط النوم الطبيعي
١٥٢	سهاد متعدد الوجوه
١٤٨-١٤٧	Rem
١٥١	السير أثناء النوم
١٥٠	قلق الانفصال
١٥٢	رفض النوم
١٥٢	العلاج
١٥٥	الفصل ١٩ التصرفات العدائية عند الأطفال
١٥٥	التعدي
١٥٦	علم مسببات الأمراض
١٥٨	العلاج
١٥٧	العنف
١٦٣	الفصل ٢٠ البدانة في مرحلة الطفولة
١٦٣	الأسباب
١٦٤	تخفيف الوزن
١٦٤	السمنة المفرطة
١٦٥	اساليب أكل صحية
١٦٥	مهارات الأبوة
١٦٩	الفصل ٢١ اعراض التلوع في مرحلة الطفولة
١٦٩	باولبي ، ج
١٧٠	مارغريت ماهر
١٧٠	ميلاني كلاين
١٧١	وصامة الكآبة
١٧٠	مراحل الكآبة
١٧٧	الفصل ٢٢ الإنتحار عند المراهقين
١٧٧	حديث حاسم
١٧٧	انماط السلوك
١٨١	السجل اليومي
١٧٨	إنهيار عصبي
١٨١	ممارسات الأبوة

١٨٠	عوامل المخاطر
١٧٧	الانتحار
١٧٧	محاولة الانتحار
١٧٨	تصرفات تدل على الانتحار
١٨١-١٨٠	طرق العلاج
١٩١	الفصل ٢٣ العوارض الهستيرية في الطفولة
١٩١	التشخيص
١٩١	نظريات اسباب الأمراض
١٩١	عوارض التحول الهستيري
١٩٢	نظرية التعلم
١٩١	عوارض عصبية
١٩١	الكسب المبدأي
١٩١	الكسب المتقدم
١٩٢	العلاج
١٩٥	الفصل ٢٤ تأثيرات الطلاق على الأطفال
١٩٧	الأداء الأكاديمي
١٩٦	ردة الفعل العيادية
١٩٧	إكتئاب نفسي
١٩٥	طلاق
١٩٦	تأثيرات الطلاق
١٩٨	التأثيرات بعد عشر سنوات
٢٠١	الفصل ٢٥ اعراض الإتهاك الجنسي عند الأطفال
٢٠٢	أدلة على العادات
٢٠٣	الأطفال الضحايا
٢٠٧	العوامل الضارة
٢٠٢	الخطر العائلي
٢٠٥	الجنحة الذكورية
٢٠٣	دلائل حسية
٢٠٧	إساءة حسية
٢٠٦-٢٠١	ظروف الثقافة الإجتماعية

٢٠٦	الشركاء الصامتين
٢٠٨	العلاج
٢٠٧	دلائل كلامية
٢١٣	الفصل ٢٦ الأعراض السلوكية في داء الصرع عند الأطفال
٢١٥	اللوزة
٢١٣	تغيير العادات
٢١٣	داء النقطة عند الأطفال
٢١٤	تغييرات قدرة الإدراك
٢١٣	نوبات جزئية مركبة
٢١٤	تغييرات عاطفية
٢١٤	ضغوطات فكرية
٢١٥	فقدان الوعي
٢١٦	مقلزمة كلوفر بيوسي
٢١٥-٢١٦	تغييرات الشخصية
٢١٧	<u>اضطرابات نفسية</u>
	الفصل ٢٧ العوارض النفسية عند الأطفال في حالات الأمراض المزمنة
٢٢٥	الهم المتأقلم
٢٢٧	التهذيب
٢٢٨	الإتصال العائلي
٢٢٨-٢٢٧	ردات الفعل العائلية
٢٢٧	الربح الثانوي
٢٢٩	ردات فعل الأولاد
٢٣٣	الفصل ٢٨ عوارض التعرض لمادة الرصاص
٢٣٣	نقص في الإنتباه
٢٣٤	فرط في النشاط
٢٣٤	تخلف عقلي
٢٣٥	مستوى الدم
٢٣٥	تشخيص
٢٣٥	العلاج

الفصل ٢٩ عوارض أولاد الكحوليين ----- ٢٣٧

٢٣٧ ----- تناقض وجدائي

٢٣٨ ----- قلق

٢٣٨ ----- إكتئاب

٢٣٩-٢٣٨ ----- عادات الشرب

معلومات عن المؤلف



- الدكتور محمد خضر الحلبي، هو دكتور في الطب النفسي للأطفال والأولاد في بيروت. عضو في قسم الطب النفسي ومستشار في الطب النفسي والعصبي للأطفال وللأولاد في قسم طب الأطفال في مستشفى الجامعة الأميركية في بيروت.
- من سنة ١٩٨٨ - ١٩٩٤ كان مدير قسم الأطفال في مستشفى شارتر. شمال مقاطعة انديانا في الولايات المتحدة الأميركية.
- حصل على شهادة البكالوريوس بدرجة شرف من جامعة أوسطن في تكساس.
- حصل على شهادة الماجستير في الكيمياء العضوية في علم الصيدلة من كلية الصيدلة، في جامعة نيويورك. بافلو في الولايات المتحدة الأميركية.
- حصل على شهادة الدكتوراه في الطب من كلية الطب في جامعة نيويورك. بافلو. الولايات المتحدة الأميركية.
- حصل على شهادة إختصاص في الأمراض الداخلية من مستشفى ميلارد فيلمور. بافلو في العام ١٩٨٤. ثم حصل على شهادة إختصاص في الطب النفسي والعصبي للبالغين في العام ١٩٨٦ من جامعة تكساس الطبية التكنولوجية.
- وفي العام ١٩٨٧ حصل على شهادة الطب النفسي والعصبي للأطفال والأولاد من جامعة نيومكسيكو والمستشفيات الطبية التابعة لها وحصل في العام ١٩٨٨ على شهادة إختصاص بدرجة شرف وتقدير في الطب النفسي والعصبي للأطفال والأولاد، من جامعة فاندربيلت.
- ويتخذ الآن من بيروت منزلاً لإقامته مع زوجته وأولاده الأربعة. ويهتم اهتماماً بالغاً في تشقيف الآباء والأساتذة والأطباء في علم النفس للأطفال والمراهقين. وقد شارك في مئات المؤتمرات والمحاضرات والندوات عبر الولايات المتحدة الأميركية وأوروبا ولبنان التي دارت حول مواضيع الطب النفسي والعصبي للأطفال والأولاد والمراهقين.